



Vlaams  
Parlement

vergadering **C189**  
zittingsjaar 2017-2018

Woordelijk Verslag

## **Commissievergadering**

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 27 maart 2018

## INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online hulpverlening – 1448 (2017-2018)	
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online hulpverlening bij verslaving – 1488 (2017-2018)	
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online hulpverlening – 1514 (2017-2018)	
VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg – 1584 (2017-2018)	3
VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het zorgaanbod en de ondersteuning van personen die geen opname in een woonzorgcentrum willen – 1530 (2017-2018)	
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over minder tijd per patiënt in de thuiszorg – 1539 (2017-2018)	
VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de thuiszorg in Vlaanderen – 1541 (2017-2018)	
VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het toekomstgerichte werkingskader voor de diensten Gezinszorg – 1588 (2017-2018)	11
VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over ouderen-mis(be)handeling in Vlaanderen – 1540 (2017-2018)	27
VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de voorafgaande vergunningen en programmatie voor woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf – 1600 (2017-2018)	29

**VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online hulpverlening – 1448 (2017-2018)**

**VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online hulpverlening bij verslaving – 1488 (2017-2018)**

**VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online hulpverlening – 1514 (2017-2018)**

**VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg – 1584 (2017-2018)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

**De voorzitter:** Mevrouw Jans heeft het woord.

**Vera Jans (CD&V):** Minister, uit cijfers die u recent bekendmaakte, blijkt opnieuw dat het aantal mensen dat een beroep doet op en geholpen wordt door online initiatieven zoals alcoholhulp.be, cannabishulp.be, drughulp.be en gokhulp.be jaar na jaar stijgt. Ook de nieuwe website depressiehulp.be is op enkele maanden tijd al meer dan 81.000 keer bezocht. 200 mensen zijn op basis daarvan al actief in een traject gestart.

Online hulpverlening is een absolute meerwaarde in vergelijking met de klassieke face-to-facehulpverlening. Het kan op maat van de cliënt. Je kunt een chatgesprek afwisselen met een face-to-facecontact. Je kunt mensen meer inzicht bieden, zowel de cliënt als de hulpverlener, door het bijhouden van een online dagboek. Je kunt ook op maat van jongeren bepaalde applicaties aanbieden die de motivatie vergroten. De toepassingsmogelijkheden zijn divers en op maat van diverse doelgroepen.

Dat online hulpverlening eerder al een bijzonder effect heeft gesorteerd, blijkt ook uit het bereik van – zoals we dat noemen – ‘afwijkende’ doelgroepen: jongeren, hoger opgeleiden, mensen die actief zijn op de arbeidsmarkt, meer vrouwen en 50-plussers. Opvallend is ook dat zij vaak hulp zoeken en contact opnemen nog voor de problemen geëscaleerd zijn. De laagdrempeligheid en anonimiteit die eigen zijn aan deze vorm van hulpverlening overtuigen dus een groep die anders niet bereikt wordt en dit ook sneller doet. Online werken biedt naast preventie dus ook echt wel de kans om vroeg te interveniëren.

De kracht van het medium zit eveneens in de bottom-up totstandkoming. Vanuit de praktijk hebben de afgelopen jaren tal van organisaties een online aanbod ontwikkeld. Ze hebben aangetoond dat dit zinvol is en ze hebben ook de nodige uitbreiding gekregen.

Nu het aanbod van online hulpverlening blijft groeien, is er ook nood aan een wettelijk kader op het vlak van kwaliteitsbewaking, privacy en aansprakelijkheid, alsook een kader voor de afstemming en kennisdeling tussen de verschillende online initiatieven in specifiek de geestelijke gezondheidszorg, waarbij de warme doorverwijzing de norm moet worden.

Dit laatste werd opgenomen in het voorstel van resolutie dat op 21 december 2017 werd goedgekeurd door de plenaire vergadering.

Minister, ook u hebt zich in antwoorden op eerdere vragen of in debatten hierover steeds positief uitgesproken. U hebt heel duidelijk uw intentie geuit om dat beleidskader te ontwikkelen.

Wat is de stand van zaken inzake de ontwikkeling van een kader voor de afstemming en kennisdeling tussen de verschillende online initiatieven, in uitvoering van het voorgenoemde voorstel van resolutie?

Welke initiatieven hebt u al genomen ter uitvoering van het Vlaams actieplan geestelijke gezondheid op het vlak van online hulpverlening en in het bijzonder op het vlak van de uitwerking van een coherent beleids- en financieringskader voor online hulpverlening?

Op welke manier kunt u de kwaliteit van die online hulp controleren en waarborgen?

**De voorzitter:** Mevrouw Saeys heeft het woord.

**Freya Saeys (Open Vld):** Online hulpverlening en therapie kennen alsmaar meer succes in Vlaanderen. Mensen die worstelen met een alcohol-, drugs- of gokverslaving raadplegen steeds vaker websites voor zelfhulp. Bij de website alcoholhulp.be bijvoorbeeld registreerden 1322 mensen zich voor zelfhulp. 677 mensen meldden zich aan voor begeleiding, en voor 200 personen werd een traject opgestart waarbij klassieke hulpverlening en chatten gecombineerd worden.

Online hulpverlening is een belangrijk onderdeel van het behandelingsaanbod en bereikt andere doelgroepen dan klassieke therapie. Het is laagdrempelig en anoniem. Zo blijkt dat één op twee van de mensen die zich registreren op de website alcoholhulp.be vrouw is, terwijl dat bij de klassieke therapie maar om één op vier gaat.

Dat steeds meer mensen die worstelen met een verslaving de weg vinden naar online hulpverlening is dus een positieve ontwikkeling die we alleen maar kunnen toejuichen. We moeten vanuit de Vlaamse Regering en het Vlaams Parlement zulke initiatieven blijven ondersteunen en promoten. Wel moet er duidelijkheid zijn over het effect van deze online zelfhulp.

Minister, hoe controleert men de effectiviteit van de online hulpverlening?

Wordt er – indien nodig – voorzien in een gerichte doorverwijzing? Hoe verloopt die doorverwijzing?

Minister, bent u van plan websites zoals alcoholhulp.be, drughulp.be en gokhulp.be extra te promoten? Zo ja, op welke manier en wanneer?

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

**Freya Van den Bossche (sp-a):** Online therapie slaat alsmaar meer aan bij de Vlaming. Bij alcoholhulp.be hebben zich vorig jaar 1322 mensen aangemeld voor online hulp, tegenover 677 voor begeleiding en een kleine 200 voor gemengde trajecten waarbij chatten wordt gecombineerd met klassieke hulpverlening.

Ook andere websites, zoals cannabishulp.be, drughulp.be, gokhulp.be en depressiehulp.be, hebben nog eens honderden mensen kunnen helpen. Daarbij gaat het soms om hulp via chat, en soms om die gecombineerde versie, die mij echt interessant lijkt.

We zien ook – maar nog voorzichtig – dat er andere doelgroepen worden bereikt. Het Centrum voor Alcohol- en andere Drugproblemen (CAD) in Limburg merkt dat er bij hen veel minder vrouwen dan mannen in begeleiding zijn, één op vier.

Bij de online meldingen gaat het bij één op de twee begeleidingen om een vrouw. Ook jongeren zien zich extra aangetrokken tot deze vorm van hulpverlening. Dat leiden we af uit de cijfers van noknok.be. Vorig jaar alleen al hebben zich daar 37.450 tieners gemeld.

Dit is dus een nieuwe vorm van hulpverlening die op korte tijd vrij groot is geworden en zeker hulp kan bieden aan veel mensen, maar die face-to-face-hulpverlening niet in alle gevallen zal kunnen vervangen.

De grenzen van communicatie tussen hulpvragers en hulpverleners zijn anders. Er kan veel minder gebruik worden gemaakt van non-verbale communicatie, tenzij men gaat videochatten. Deze hulpverlening vereist sowieso deels een andere expertise omdat de onmiddellijke fysieke nabijheid er niet is. Het opbouwen van een band zal ongetwijfeld op een andere manier gebeuren.

Minister, hoe denkt u mee te kunnen bewaken dat de juiste skills aanwezig zijn bij de mensen die deze vorm van therapie verlenen? Ik denk bijvoorbeeld aan bijscholingen met specifieke tips en handvatten.

Hebt u zicht op welke doelgroepen worden bereikt en welke moeilijk worden bereikt via deze vorm van hulpverlening?

Hoe verloopt de wisselwerking tussen de websites met online hulpverlening en andere organisaties? Ik heb het dan vooral over de hulpverleningssector via face-to-facecontacten. Is er regelmatig contact? Worden mensen doorverwezen? Worden er eventueel afspraken gemaakt? Zijn er daaromtrent richtlijnen? Zijn er zachte afspraken over wanneer mensen wel of niet worden doorverwezen naar fysieke hulpverlening? Ik geloof zeer sterk dat dit voor mensen met milde tot matige problematieken een belangrijke vorm van hulpverlening kan zijn, maar er zullen ook mensen zijn die beter worden doorverwezen. Hoe wordt daarmee omgegaan? Hebt u daar een vinger in de pap of wilt u die? Dat sluit aan bij de vraag van mevrouw Jans over kwaliteitsbewaking. Hoe zal de overheid daar een rol in spelen?

Hier en daar, vooral in het buitenland, is al een beetje onderzoek gebeurd naar online hulpverlening, maar dat is schaars. Dat is ook logisch omdat het gaat om een nieuwe vorm van hulpverlening. Zitten op dat vlak bij u projecten in de pijplijn, ook op het vlak van output? Voor welke groepen doet dit deugd? Voor welke mensen is het misschien minder aangewezen? Wat maakt het verschil tussen een gemengd traject, een louter online traject en een traject dat helemaal niet online is verlopen? Het zou interessant zijn om daar meer over te weten.

**De voorzitter:** De heer Anseeuw heeft het woord.

**Björn Anseeuw (N-VA):** Minister, online hulpverlening krijgt een steeds belangrijker plek in het behandelingsaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het is laagdrempelig, makkelijk inzetbaar en flexibel in die zin dat face-to-facegesprekken kunnen worden afgewisseld met chatgesprekken, digitale hulpverleningstools en dergelijke.

Het is natuurlijk nooit de bedoeling om de offline hulpverlening te vervangen door online hulpverlening, maar ze kunnen wel complementair zijn. Het spreekt ook voor zich dat online hulpverlening voldoende onderbouwd, kwaliteitsvol en resultaatgericht moet zijn.

Hoe zult u duurzame wetenschappelijke onderbouwing van online hulpverlening garanderen? Hoe zult u in de toekomst nieuwe wetenschappelijke inzichten integreren in bestaande online hulpverlening?

Zult u stappen ondernemen om patiënten goed te informeren over de kwaliteit en effectiviteit van online hulpverlening, bijvoorbeeld via gezondheidswetenschap.be?

Hoe zult u nagaan in hoeverre de implementering van online hulpverlening de verhoopte resultaten geeft en succesvol verloopt? Op basis van welke indicatoren zal dit gebeuren en binnen welke tijdshorizon?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Dames en heren, de methodieken en technieken van online hulpverlening zijn steeds meer ingeburgerd in een totaalaanpak en maken onder andere deel uit van een 'blended' aanpak, namelijk traditionele hulpverlening aangevuld met online methodieken. De toepassing van online hulpverlening zet zich steeds meer door. Het was dan ook een bewuste keuze om online hulpverlening een belangrijke plaats in het Actieplan Geestelijke Gezondheid te geven als een van de zorgvormen binnen de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast zien we dat online en digitale applicaties ook binnen de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen en gezondheidsbevordering van de geestelijke gezondheid een prominente plaats innemen. Ik denk hierbij onder andere aan de website 'Fit in je Hoofd', beheerd door het Vlaams Instituut Gezond Leven. De online module 'Fit in je Hoofd, Goed in je Vel' werd in 2017 door 103.801 Vlamingen bezocht en er zijn 147.405 sessies gestart. We zijn er zeker van dat het succes van deze website nog steeds groeit, onder andere door onze recente campagne 'Leef zonder filter' die linken legt met deze website.

Voor jongeren tussen 12 en 16 jaar is de website 'NokNok' pas vernieuwd. Het is de site voor jongeren die zich goed in hun vel willen voelen. Jongeren kunnen hun veerkracht versterken aan de hand van info-opdrachten en tips. De website moedigt jongeren ook aan om te praten over hun problemen. Op de NokNok Wall kunnen jongeren via hun eigen avatar hun verhaal delen met anderen. In 2017 bezochten 30.038 Vlaamse jongeren die website en ze startten 37.450 sessies op, waaruit blijkt dat de site steeds meer in de smaak valt en dat jongeren het waarderen om hun verhaal te kunnen delen.

Ook binnen het Actieplan Suïcidepreventie neemt het online aanbod een prominente plaats in. Zo is de zelfhulpcursus 'Think Life' een relatief nieuwe tool. 'Think Life' heeft als doel mensen beter te leren omgaan met zelfmoordgedachten. De cursus is opgebouwd uit zes modules die zelfstandig en op eigen tempo kunnen worden doorlopen. De online zelfhulpcursus werd oorspronkelijk ontwikkeld aan de Vrije Universiteit Amsterdam en werd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie aan de Universiteit Gent aangepast voor gebruik in Vlaanderen. 'Think Life' is ingebed als zelfhulptool in Zelfmoord1813.be, het online platform voor de preventie van zelfdoding in Vlaanderen. 'Think Life' vult hiermee het bestaande aanbod aan, namelijk enerzijds die tussen de telefonische en online crisishulp en anderzijds de face-to-facehulpverlening. Sinds begin september 2016 schreven zich reeds een duizendtal mensen in op de online zelfhulpcursus. Het centrale digitale platform Zelfmoord1813.be kent overigens ook elk jaar meer bezoekers met 169.919 bezoekers in 2017.

Ten slotte wil ik graag even [www.druglijn.be](http://www.druglijn.be) vermelden, waar mensen telefonisch of per mail, maar ook via Skype of een chatbox, hun vragen over drank, drugs, pillen, gamen en gokken kunnen stellen.

Vooraleer ik dieper inga op het online hulverleningsaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg, wil ik graag even terugkijken naar het congres over online hulp in 2015. Tijdens dat congres werd het belang van een intersectoraal

aanspreekpunt online hulp en een kwaliteitskader online hulp benadrukt. Daarnaast ambiëerden we om, waar wenselijk en haalbaar, m-Health-toepassingen in te voeren die passen binnen het actieplan Radicaal Digitaal, Flanders' Care, (e)-Zorgzaam Vlaanderen enzovoort, waarbinnen ook de ontwikkeling van het vormingsprogramma 'basiskennis online hulp' een plaats heeft.

De werking van het 'knooppunt-online', dat toen opgericht werd, wordt ondersteund door het Steunpunt Mens en Samenleving (SAM) en is opgenomen in het meerjarenplan van SAM. Op die manier vrijwaren we de methodische ondersteuning inzake online hulpverlening. Deze week zijn we ook geïnformeerd over de oprichting van het Netwerk Onlinehulp Vlaanderen. Dat netwerk bestaat uit vertegenwoordigers van de KU Leuven, het VLESP, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, Jo-In, Howest, Thomas More, UC Leuven-Limburg en de Arteveldehogeschool. Aangezien het netwerk inzet op het bundelen en verspreiden van knowhow rond online hulp in Vlaanderen, is het vanzelfsprekend dat SAM in dialoog gaat met dat netwerk en bekijkt op welke manier de samenwerking met dit private initiatief mogelijk is.

Dat geldt ook voor de toekomstige Steunpuntfunctie Geestelijke Gezondheid, die we aan het uitbouwen zijn. Ook binnen dat steunpunt zal wellicht in een pijler voorzien worden om de sector methodisch te ondersteunen in de online hulpverlening. Vanuit het actieplan Flanders' Care gaan we na op welke wijze Flanders' Care ondersteunend zou kunnen zijn voor de afstemming tussen Netwerk Onlinehulp Vlaanderen, SAM, de Steunpuntfunctie Geestelijke Gezondheid en andere partners, zoals sommige Vlaamse universiteiten. Ik kom er dadelijk nog uitgebreider op terug, maar het is voor mij een evidentie dat het verwerven van wetenschappelijke inzichten over online hulpverlening en de implementatie daarvan hierin een duidelijke plaats krijgen.

Vanuit Vlaanderen financieren we momenteel, qua GGZ-online hulpverlening, de websites [www.alcoholhulp.be](http://www.alcoholhulp.be), [www.cannabishulp.be](http://www.cannabishulp.be), [www.drughulp.be](http://www.drughulp.be) en [www.gokhulp.be](http://www.gokhulp.be). Sinds oktober 2017 is ook [www.depressiehulp.be](http://www.depressiehulp.be) online. De websites zijn ontwikkeld en worden geïmplementeerd door geestelijkegezondheidsvoorzieningen erkend door de Vlaamse overheid, hoofdzakelijk centra voor geestelijke gezondheidszorg. De websites hebben overigens allen een gelijkaardige opbouw, namelijk een informatiemodule met een zelftest, een online zelfhulpmodule waar mensen anoniem en gratis aan de slag kunnen en een online begeleidingsmodule. Binnen die laatste module wordt dan in de mogelijkheid voorzien om de online zelfhulpmodule te combineren met chatten – al is dat nog niet voor alle websites mogelijk – of met face-to-facecontacten bij een hulpverlener, de zogenaamde 'blended care'-aanpak.

De cijfers spreken voor zich. Alcoholhulp.be had in 2017 meer dan 1 miljoen bezoekers. Daarbij waren er 1322 aanmeldingen voor de zelfhulp en 677 voor de begeleiding en werden 119 'blended' begeleidingen opgestart. Cannabishulp.be telde 110.788 bezoekers en 114 aanmeldingen voor online begeleiding. Drughulp.be had 62.000 bezoekers, 65 aanmeldingen voor de zelfhulp en 92 voor de online begeleiding. Gokhulp.be had 116.376 bezoekers, 200 aanmeldingen voor de zelfhulp en 80 voor de onlinebegeleiding. De website depressiehulp.be kreeg sinds de lancering in oktober 2017 tot nu ongeveer 81.000 bezoekers. Er waren in die periode iets minder dan 200 aanmeldingen voor de zelfhulp en er werden 260 'blended' begeleidingen opgestart. Ik wil overigens nog even benadrukken dat deze website samen met en door cliënten met een depressie is gemaakt.

Indien uit de zelftests blijkt dat iemand een 'probleem' zou hebben, wordt er ook doorverwezen naar de klassieke hulpverlening. In de eerste plaats is dat de huisarts. Er wordt ook doorverwezen naar Tele-Onthaal of, in het geval van een

verslavingsproblematiek, naar de Druglijn. Uiteraard worden ook de mensen die gebruikmaken van het aanbod aan online begeleiding en die nood hebben aan extra of andere begeleiding, doorverwezen. Laagdrempelige online hulp heeft als doel mensen met afhankelijkheidsproblemen of depressieve klachten sneller te bereiken vooraleer de problemen escaleren, en hen indien nodig door te verwijzen naar andere vormen van hulpverlening.

Net zoals bij de klassieke hulpverlening is de kwaliteit bij online hulpverlening van groot belang. Zo is het belangrijk om extra in te zetten op de gebruiksvriendelijkheid van de website, de privacy van de cliëntgegevens, de kwaliteiten van de online hulpverlener enzovoort. De centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg's) die de websites beheren, staan in voor de kwaliteitswaarborging van de online hulpverlening. Back office van depressiehulp.be is bijvoorbeeld een monitoringsysteem uitgewerkt en uitgebreid getest, dat klaar is voor gebruik. Tijdens en na de behandeling worden er op gepaste tijdstippen vragenlijsten voorgelegd aan de gebruiker, waarin wordt gepeild naar de tevredenheid en het welbevinden. Ik verwacht in de loop van dit jaar de eerste resultaten.

Ik denk dus dat het inderdaad goed zou zijn om samen met onze partners stappen te zetten om bezoekers correct te informeren over de kwaliteit en effectiviteit van online hulpverlening. Er kan in de toekomst worden bekeken welke samenwerkingsmogelijkheden er zijn om patiënten die van de online hulpverlening gebruik willen maken, correct te informeren.

Zoals in het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid aangekondigd, zijn wij ook werk aan het maken van een coherent beleids- en financieringskader voor online hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dat is een prioritair werkpunt voor de komende maanden. We willen de verschillende bestaande initiatieven rond online hulpverlening bundelen, integreren en structureel inbedden in de reguliere werkingen van onder andere de cgg's. In dat kader zal ook onderzocht worden aan welke organisaties de subsidies voor het ontwikkelen van methodieken voor online hulpverlening het best toegekend worden. Daarbij kijken we natuurlijk in eerste instantie naar de toekomstige Steunpuntfunctie Geestelijke Gezondheid.

We gaan ook met de sector het debat aan over de financiering van de online hulpverleners die instaan voor de chatbegeleidingen. Hulpverleners die online begeleidingen opnemen, moeten immers beschikken over specifieke vaardigheden. Bij het online communiceren met cliënten zijn er immers minder non-verbale signalen, maar is er meer directe communicatie, gebruik van emoticons enzovoort. De hulpverlener moet daarenboven mediawijs zijn en beschikken over enkele ICT-vaardigheden. We zijn van mening dat er nog ontzettend veel mogelijkheden zijn om het 'blended care'-luik verder uit te rollen. We zijn dan ook verheugd dat de meeste cgg's instappen in dat online verhaal. We merken ook dat veel hulpverleners de combinatie van online hulpverlening en face-to-facecontacten als een uitdaging zien. Er wordt ook voorzien in voldoende vorming en supervisie voor deze hulpverleners in het gebruiken van de online instrumenten. Ook binnen de projecten eerstelijnspsychologische functie is overigens veel interesse voor deze methodiek. Binnenkort zal er op hun vraag een vorming rond 'blended care' gegeven worden.

Afgelopen week werd er in de media, namelijk in een radioprogramma, elke dag een stukje aan het thema van online hulpverlening gewijd. Er wordt ondertussen ook op verschillende websites, zoals die van de Christelijke Mutualiteit, geestelijkgezondvlaanderen.be, Tele-Onthaal enzovoort, doorgelinkt naar de eerder vermelde websites. Ik ben het er uiteraard mee eens dat die websites nog bekender moeten worden gemaakt.



Met de verschillende websites online richten we ons op het brede publiek. We merken dat bepaalde doelgroepen, zoals vrouwen, beroepsactieve mensen, hoger opgeleiden en 50-plussers, die vaak ondervertegenwoordigd zijn in de ambulante zorg, beter bereikt worden via online hulpverlening. Ter illustratie bezorg ik u enkele cijfergegevens. Alcoholhulp: 50 procent mannen, 50 procent vrouwen, met als belangrijkste leeftijdsgroepen 35 tot 44 jaar en 45 tot 54 jaar. Cannabishulp: 65 procent mannen, 35 procent vrouwen, met als belangrijkste leeftijdsgroepen 18 tot 24 jaar en 25 tot 34 jaar. Drughulp: 60 procent mannen, vrouwen 40 procent, mannen met als belangrijkste leeftijdsgroepen 25 tot 34 jaar en 18 tot 24 jaar. Gokhulp: 80 procent mannen, 20 procent vrouwen, met als belangrijkste leeftijdsgroepen 25 tot 34 en 18 tot 24 jaar. De cijfergegevens van depressiehulp.be moeten we nog analyseren, gezien de recente start.

Ik ben het met u eens dat we verder moeten investeren in onderzoek over de effectiviteit van online hulpverlening. Ik wil daarbij benadrukken dat het onderzoek van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) naar Think Life een van de eerste studies was waarin de effectiviteit wordt onderzocht van een online zelfhulp cursus, specifiek gericht op suïcidedachten. Uit de resultaten van die studie bleek dat Think Life effectief is in het verminderen van suïcidale gedachten. Daarnaast toont de studie aan dat Think Life leidt tot een afname van depressieve klachten, hopeloosheid, piekeren en angst. De cijfers met betrekking tot online hulpverlening spreken voor zich. De online instrumenten zijn gebaseerd op 'evidencebased' en 'practisebased' behandelingen voor verslaving of depressie, die vertaald zijn naar een online omgeving. Van online zelfhulp bij depressieve klachten weten we dat onderzoeken uiteenlopende resultaten rapporteren. Bij geselecteerde groepen die lichte klachten vertonen, kan tot 60 procent van de deelnemers verbetering vertonen.

Ik kan u ten slotte nog meegeven dat er aan depressiehulp.be een grootschalig RCT-onderzoek (Randomized Controlled Trial) gekoppeld wordt op initiatief van professor Patrick Luyten van de KU Leuven en met steun van het Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg. In het onderzoek wordt 'blended care' vergeleken met face-to-facetherapie bij depressie. Wij verwachten de resultaten binnen anderhalf jaar.

**De voorzitter:** Mevrouw Jans heeft het woord.

**Vera Jans (CD&V):** Ik dank de minister voor zijn antwoorden en voor de bewuste keuze om die online hulpverlening zowel in het Actieplan Geestelijke Gezondheid als binnen de werking en de acties rond suïcide een heel ruime plek te geven. Ik begrijp dat de gegevens waarover wij beschikken, zeker bevestigd worden. Ik kijk niet alleen uit naar de studie van het VLESP, maar ook naar de andere studies die zullen komen. Die zullen ons meer inzicht geven in hoe we deze vorm van hulpverlening kunnen inbedden in de reguliere hulpverlening.

**De voorzitter:** Mevrouw Saeys heeft het woord.

**Freya Saeys (Open Vld):** Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat de online hulpverlening een belangrijke aanvulling is bij de face-to-facetherapie. Zoals u zelf aangehaald hebt, minister, moet de kwaliteit verzekerd zijn, moet de anonimiteit verzekerd zijn en moet vooral ook de effectiviteit van de online hulpverlening verzekerd zijn. U zegt dat er nog geen resultaten waren en dat u er dit jaar verwacht. Gebeurt dat altijd via een subjectieve vragenlijst? Is dat ook zo gebeurd bij het VLESP?

Bij depressiehulp.be spreekt u van een RCT. De resultaten daarvan mogen over anderhalf jaar verwacht worden. Waarom gebeurt die RCT niet bij de andere websites van online hulpverlening?

Sowieso moeten we blijven investeren in online hulpverlening. Alleen al het informatieve van zo'n website is heel belangrijk. Maar essentieel is natuurlijk wel dat we de kwaliteit garanderen en dat het effectief blijkt te zijn.

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

**Freya Van den Bossche (sp·a):** Minister, bedankt voor uw antwoord. Ik heb een vraag over het back-officemonitoringsysteem waarover u spreekt en dat klaar zou zijn voor gebruik. Kunt u toelichten hoe dat precies zou werken?

**De voorzitter:** De heer Anseeuw heeft het woord.

**Björn Anseeuw (N-VA):** Bedankt voor uw antwoord, minister. Het verheugt mij om uit uw antwoord te leren dat u echt werk wilt maken van een geïntegreerd aanbod, online en offline, en dat u ook veel aandacht besteedt aan de kwaliteit en de uitwisseling van knowhow. Ik hoor het Netwerk Onlinehulp Vlaanderen. U verwees ook naar het toekomstige steunpunt.

Een van mijn drie initiële vragen ging over het informeren van de burgers, niet alleen informeren over het feit dat online hulp bestaat, maar vooral ook informeren op zo'n manier dat de effectiviteit en de kwaliteit worden aangegeven. Wie hulp zoekt, moet daar ook voldoende vertrouwen in kunnen hebben. Informatie verstrekken is daarbij erg belangrijk. Op welke manier ziet u dat, het informeren van de burgers, niet alleen over het feit dat het bestaat, maar vooral ook over het hoe en het waarom?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Depressiehulp.be heeft een systeem dat toelaat om in de back office te zien wat voor type vragen er binnenkomen, om de tevredenheid te peilen enzovoort – dat soort systeem. Als u daar meer over wilt weten, zullen we dat opvragen. Het is een soort geautomatiseerde opvolging die mogelijk wordt van de vragen die komen. En als er dan zaken zijn die echt wel opvolging verdienen, worden die ook onder de aandacht gebracht.

Rond depressiehulp zal er inderdaad een wetenschappelijk onderzoek worden opgezet vanuit het federale kenniscentrum. De vertaling die het VLESP gedaan heeft van Think Life, dat was nadat dat in Nederland ook al gevalideerd was. Er is een soort vertaling gemaakt naar de Vlaamse context. Dat is trouwens voor de meeste van die websites het geval. Het zijn meestal cgg's die de bestaande kennis over de manier waarop bepaalde signalen kunnen worden herkend enzovoort, omzetten in websites of online applicaties.

Precies omdat we wel beseffen dat daaromtrent niet elke keer het warm water moet worden uitgevonden, en omdat het ook nodig is om daar een aantal technische en deontologische kaders voor te respecteren, hebben we daaromtrent eerst een congres, met een hele voorbereiding, georganiseerd. Vervolgens hebben we een opdracht geformuleerd naar ons intersectorale steunpunt, precies omdat het absoluut belangrijk is dat iemand in Vlaanderen die kennis en die kwaliteitsbewaking borgt.

Het heeft nu natuurlijk al een tijdje gekost om onze verschillende steunpunten te fuseren in het nieuwe steunpunt SAM, maar het is nu operationeel en in het beheerscontract wordt daaromtrent effectief een opdracht meegegeven. Misschien moeten we dat ook met SAM opnemen, om te kijken hoe je de burgers voldoende kunt informeren, ook over wat je wel en niet mag verwachten. Het is misschien interessant om aan het nieuwe steunpunt te vragen om dat maar meteen mee op te nemen in de manier waarop zij de sector gaan ondersteunen.

**De voorzitter:** Mevrouw Saeyns heeft het woord.

**Freya Saeyns (Open Vld):** Ik dank de minister voor zijn antwoord. Ik wacht vol spanning de resultaten af.

**De voorzitter:** De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het zorgaanbod en de ondersteuning van personen die geen opname in een woonzorgcentrum willen**

**– 1530 (2017-2018)**

**VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over minder tijd per patiënt in de thuiszorg**

**– 1539 (2017-2018)**

**VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de thuiszorg in Vlaanderen**

**– 1541 (2017-2018)**

**VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het toekomstgerichte werkingskader voor de diensten Gezinszorg**

**– 1588 (2017-2018)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

**De voorzitter:** De heer Persyn heeft het woord.

**Peter Persyn (N-VA):** Minister, midden maart lazen we in de krant over een wanhoopsdaad van een koppel tachtigers aan de kust. Naar verluidt hadden ze het heel erg moeilijk met een dwingende residentiële opname.

In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, is suïcide bij 75-plussers heel frequent. Dat cijfer ligt hoog. Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie voorziet reeds in een aantal heel specifieke initiatieven voor suïcidepreventie bij die doelgroep, zoals de netwerkgroepen voor ouderen. Die hebben tot doel het sociale kapitaal van ouderen te versterken. Er is namelijk een aantoonbare samenhang tussen suïcide en het sociale netwerk en het sociale kapitaal van het individu. Vereenzaming en de verdunning van het sociale netwerk spelen een belangrijke rol.

Volgens professor Anja Declercq van de KU Leuven wordt een opname in een woonzorgcentrum vaak ervaren als een verlies: het huis wordt achtergelaten, de vertrouwde omgeving, soms ook de partner, er is vaak een verlies aan autonomie. Dat zijn niet te onderschatten verlies- en rouwervaringen, waarvan de impact duidelijk heel groot kan zijn.

De toegankelijkheid van onze ouderenzorg ligt ons allen heel na aan het hart. Precies daarom hebben we de laatste jaren vanuit Vlaanderen aanzienlijke investeringen gedaan in de woonzorgcentra. Daar is een inhaalbeweging gedaan. Ook in de thuiszorg is er een groeipad ingezet. Toch bestaat het risico om op lacunes te stuiten in de toegankelijkheid en de haalbaarheid. De vraag is of er in voldoende zorg en ondersteuning kan worden voorzien voor die ouderen die weliswaar al een serieus verhoogde zorgnood hebben, maar toch zo lang mogelijk in de vertrouwde thuisomgeving willen blijven.

Minister, wat zult of kunt u nog extra ondernemen om in een volwaardig aanbod aan zorg en ondersteuning te voorzien voor die personen die verkiezen om in de thuisomgeving te blijven en niet in zo'n woonzorgcentrum te worden opgenomen?

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

**Elke Van den Brandt (Groen):** Minister, ik vind het een belangrijke vraag, maar ik wil het over een iets andere boeg gooien. Ik heb op basis van cijfers die ik jaarlijks bij u opvraag, de evolutie bekeken in de thuiszorg: niet enkel of iedereen thuiszorg heeft, want op zich zijn er geen wachtlijsten in de thuiszorg, maar je hoort wel steeds meer dat er steeds meer vraag is en dat thuiszorgdiensten daardoor het beschikbare aanbod gaan opknippen onder die mensen. Het geheel dat beschikbaar is voor de mensen, neemt dus af per persoon.

Als je de cijfers bekijkt, zie je dat dat elk jaar daalt. Vorig jaar was de gemiddelde tijd per patiënt 2,3 uur per week. 2 jaar geleden was dat nog 2,4 uur, 3 jaar geleden 2,5 uur en het jaar daarvoor 2,6 uur. Je verliest dus eigenlijk 6 minuten per week per jaar. Op 5 jaar tijd is dat een half uur.

Eerst en vooral wil ik zeggen dat er heel veel kan zitten achter die cijfers. Dit zijn gemiddelden, en in gemiddelden heb je natuurlijk de vraag naar de impact van bijvoorbeeld korte zorgperiodes. Er zal ongetwijfeld een toename zijn van kraamzorg, wat per definitie over kortere periodes loopt, en dan langdurige ouderzorg. Ik ga er dus van uit dat er andere cijfers achter zitten. Maar goed, die werden ons niet ter beschikking gesteld. Het is dus moeilijk om die in te schatten. En het sluit wel aan bij wat je hoort bij de mensen op het terrein. Zij zeggen: 'We moeten ervoor zorgen dat we de tijd blijven houden om effectief de zorg te geven die nodig is.' Zorg mag geen bandwerk worden. En als je echt op een menselijke manier zorg wilt geven, moet je daar de tijd voor nemen, moet je tijd hebben om met een – vaak oudere – gebruiker aan de slag te gaan.

Eenzijds is het een gevolg van een grotere vraag naar thuiszorg. Steeds meer mensen hebben thuiszorg nodig. Dat is natuurlijk een gevolg van de vergrijzing. En de komende jaren komt er een verwitving aan van de vergrijzing. Dat zal dus nog toenemen. Dat betekent dat je het aanbod dat er is, zult moeten verdelen over meer mensen.

Tegelijkertijd zien we tendensen waarbij mensen minder lang in een ziekenhuis blijven en dus sneller naar huis gaan, bijvoorbeeld na bevallingen. Ook dat brengt een verhoogde vraag naar thuiszorg met zich mee. Dat zijn allemaal tendensen die een verhoogde vraag naar thuiszorg betekenen. Er wordt ingezet op de vermaatschappelijking van de zorg. Die vermaatschappelijking van de zorg betekent dat er meer thuiszorg beschikbaar is.

In die zin voel je dat de druk op de ketel niet houdbaar is. Er is dit jaar in de begroting in een groeipad voorzien. Dat is een goede zaak. Maar wellicht is het onvoldoende om tegemoet te komen aan al die toenemende vragen. Bovendien was er de afgelopen jaren een dalende tendens die eerst nog moet worden gekeerd. Dat is één zaak.

Het gaat niet alleen om vraag en aanbod in dat vraagstuk. Het gaat ook over de manier van organisatie. Op welke manier wordt die thuiszorg georganiseerd? In eenzelfde wijk of straat komen er vaak verschillende diensten aan bod. De vrije keuze van mensen is uiteraard heel belangrijk. Maar gaan we daar wel op de meest efficiënte manier mee om?

Tijdens een studiedag die twee weken geleden plaatsvond, werd door mevrouw De Meulemeester het cijfer aangehaald van 200 miljoen kilometer per jaar. Dat is

niet enkel thuiszorg, maar ook thuisverpleging. Maar het aantal kilometers dat mensen in een auto zitten – want het is hoofdzakelijk autoverkeer – om van de ene patiënt naar de andere te gaan – is heel hoog. En dat betekent natuurlijk dat er veel verplaatsingstijd is. Iedere tijd doorgebracht in de auto, is tijd die je niet bij de patiënt doorbrengt. Voor hulpverleners is dat vaak niet de aangenaamste weg. En terzijde: het is ook niet zo ecologisch. In die zin moeten we bekijken of dat op een efficiëntere manier kan, of we ervoor kunnen zorgen dat mensen zo veel mogelijk gebundelde patiënten hebben in eenzelfde wijk en of de een-op-eenrelatie daarbij eventueel kan worden gelost, bijvoorbeeld wanneer het gaat over het meenemen van mensen naar een activiteit enzovoort.

U hebt daarrond een hervorming aangekondigd. Er is een conceptnota geweest. Maar de echte veranderingen zijn tot nu toe niet voelbaar. Er staat straks een ontwerp van decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming op de agenda. Ook daar merken we niet dat de hervorming al fundamenteel is uitgewerkt.

Minister, welke maatregelen zult u treffen en welke investeringen zult u doen om de tendens van afnemende tijd per patiënt te stoppen?

Wat is de stand van zaken voor de hervormingen in de thuiszorg? Welke richting wilt u daarbij uitgaan?

Hoe wordt er gewaakt over de kwaliteit van de zorg wanneer er minder tijd per patiënt is? Ik wil dit expliciet vragen, omdat u zelf in een reactie in de media liet optekenen dat een dalende hoeveelheid tijd per patiënt niet hoeft te betekenen dat er een daling is van de kwaliteit. Ik kan dat volgen indien dat gaat over het feit dat er, doordat meer mensen kraamzorg krijgen, kortere periodes zijn. Maar de algemene tendens is zo duidelijk dat ik mij daar wel zorgen over maak. En als ik praat met mensen uit de sector, komt dat heel vaak naar boven: 'We maken ons zorgen dat de ondergrens bereikt is van hoe je kwaliteitsvolle zorg kunt geven, wanneer er nog minder tijd per persoon is.'

Hoe wordt erover gewaakt dat de werkdruk van het personeel in de sector beheerst en verbeterd wordt? Is er intussen al witte rook van het VIA-akkoord?

**De voorzitter:** De heer Persyn heeft het woord.

**Peter Persyn (N-VA):** De vorige vraag om uitleg was een omgezette kandidaat-actuele vraag, vandaar dat die wat in elkaars vaarwater zitten.

Uit de cijfers die mevrouw Van den Brandt publiceerde in de media, blijkt dat thuiszorgkundigen elk jaar minder tijd hebben voor hun patiënten. Volgens de collega zou het verlies op vijf jaar oplopen tot een half uur per patiënt per week. Dat is een globale berekening.

In het artikel brak de collega een lans om de thuiszorg efficiënter te organiseren. Mijn fractie – en ik veronderstel wij allemaal – onderstreept deze brede vraag.

Minister, hoe interpreteert u de evolutie van deze cijfers, mede gelet op de reeds doorgevoerde taakuitzuivering in de sector van de gezinszorg?

Aansluitend op die vraag naar meer efficiëntie in de regeling van het effectief aanbod, hoe denkt u eventueel efficiëntiewinsten te boeken, gelet op het nog steeds erg gefragmenteerde zorgaanbod? Ik denk ook aan het gegeven dat we in de Vlaamse sociale bescherming met zorgkassen werken die natuurlijk verbonden zijn met mutualiteiten. Dat betekent dat mensen een verschillende affiliatie hebben, vaak sinds de geboorte, maar dat verandert wel eens in de loop van het leven. In ieder geval leidt dat ertoe dat het zorgaanbod altijd wel gelieerd is, dat het niet zo evident is om in bepaalde wijken naar toewijzing aan één dienstverlening te gaan.

Minister, ik dank u alvast voor uw antwoorden.

**De voorzitter:** Mevrouw Coppé heeft het woord.

**Griet Coppé (CD&V):** Minister, collega's, ik stelde deze vraag naar aanleiding van het beruchte artikel dat reeds werd genoemd door de collega's. Daarin konden we lezen dat een zorgbehoevende in 2013 gemiddeld 2,6 uur hulp aan huis kreeg per week en in 2016 nog 2,3 uur.

Er zijn nochtans nooit zo veel middelen naar thuiszorg gegaan als vandaag. Het toenemend aantal zorgvragen en de stijgende zorgzwaarte in de thuiszorg liggen mee aan de basis daarvan. Niet enkel bij ouderen, maar ook bij andere doelgroepen is er een vraag naar gezinszorg. Zo is dat bijvoorbeeld in het kader van de persoonsvolgende financiering in de sector van personen met een handicap, en ook wat betreft de kraamhulp, want nu er een verkorte ligdagduur is na een bevalling, moet er bijkomend worden ingezet op kraamhulp.

Deze evolutie is geen nieuw fenomeen. De minister ontwikkelde daarom reeds een toekomstgericht werkingskader voor de diensten gezinszorg, vervat in de conceptnota 'Zorg en ondersteuning op maat van alle gezinnen'. De conceptnota werd goedgekeurd door de Vlaamse Regering in mei 2017.

In de conceptnota lezen we onder andere dat het huidige aanbod gezinszorg en het aanbod aanvullende thuiszorg met het oog op de toekomst worden samengevoegd tot één gezinsondersteunend aanbod, namelijk de gezinszorg. Gezinszorg is een lokale, toegankelijke, gezinsondersteunende thuiszorgactor. Vanuit een zorgindicatie, de BelRAI, of een omschreven zorg- en ondersteunings-traject worden ondersteunings- en ontwikkelingsdoelstellingen met en door de cliënt zelf bepaald. Opmerkelijk is de intentie om de een-op-eenrelatie te verruimen. Dat betekent één client, één verzorgende. Verder zouden er sector-specifieke kwaliteitsindicatoren worden opgemaakt. Het vermelden waard – dat gebeurde al door de collega's – is eveneens de flexibilisering van de thuiszorg, met het oog op de continuïteit van de zorg. En ten slotte, ook de financiering zal in de toekomst persoonsvolgend zijn. Dit wordt in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming verder uitgewerkt.

Minister, wat is de stand van zaken betreffende het uitvoeren van de in de schoot van de Vlaamse Regering goedgekeurde conceptnota 'Zorg en ondersteuning op maat van alle gezinnen'? Welke initiatieven hebt u reeds genomen om de een-op-eenrelatie te verruimen? Hoever staat het met het ontwikkelen van de sector-specifieke kwaliteitsindicatoren?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Collega's, mensen moeten inderdaad zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen en daar kunnen worden verzorgd. Het aanbod aan zorg en ondersteuning wordt daarom op verschillende manieren uitgebreid. Wij zetten verder in op een versterking en uitbreiding van de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Er is in de meerjarenbegroting een groeipad van 2,5 procent vastgelegd voor uren gezinszorg. Dat geeft de diensten de mogelijkheid om in te spelen op de stijgende vraag naar gezinszorg, de toegenomen zorgzwaarte in de thuiszorg en de diversificatie van doelgroepen. In uitvoering hiervan besliste de Vlaamse Regering onlangs nog om het urencontingent in 2018 uit te breiden met 409.765 uren. Ook voor de diensten voor oppashulp is er, in 2018, in uitbreiding van de capaciteit voorzien onder de vorm van bijkomende diensten en uitbreiding van het urencontingent.

Respijtzorg onder de vorm van dagopvang, dagverzorging en kortverblijf kunnen tijdelijk soelaas bieden en een opname in een woonzorgcentrum vermijden of

uitstellen. Uitbreiding is ook hier aan de orde via bijkomende vergunningen, mogelijkheden tot reconversie en het voorzien in nieuwe types van centra voor kortverblijf voor specifieke doelgroepen in het geactualiseerde Woonzorgdecreet, dat in voorbereiding is.

Ook de reorganisatie van de eerste lijn leidt tot een betere zorg en ondersteuning voor personen met een zorgnood. De voorbereidingen voor de decretale vertaling van de beleidsvisie op de reorganisatie van de eerste lijn zijn in volle gang. Tot slot wijs ik ook graag op het mantelzorgplan, dat via de ondersteuning van mantelzorgers evenzeer inzet op de mogelijkheden om langer op een kwalitatieve en haalbare manier thuis te blijven wonen.

Omdat er in de vraagstelling wordt verwezen naar de suïcidecijfers bij 75-plussers, die inderdaad hoog liggen, vestig ik graag de aandacht op een nieuw project van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) van de Universiteit Gent. We hebben namelijk net beslist om aan het VLESP een subsidie van 64.324 euro toe te kennen voor het ontwikkelen van een e-learningmodule voor de detectie en aanpak van suïcidale gedachten en gedrag bij ouderen, gericht naar professionals in de thuiszorg.

Ouderen vormen inderdaad een kwetsbare doelgroep voor suïcidaal gedrag. Sterftcijfers tonen aan dat suïcide meer voorkomt bij ouderen dan bij andere leeftijdsgroepen. De gezondheidsdoelstelling met betrekking tot de preventie van suïcide stelt dat in 2020 het suïcidecijfer met 20 procent moet gedaald zijn in vergelijking met het referentiejaar 2000. De meest recente cijfers tonen aan dat die doelstelling nog niet behaald is voor vrouwen van 75 jaar en ouder.

Het belang van specifieke acties gericht op die groep wordt in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie dan ook benadrukt. Voor de doelgroep ouderen was er tot op heden nog geen specifieke actie opgezet. Daar komt dus nu verandering in.

In 2017 lanceerde het VLESP de multidisciplinaire richtlijn en bijhorende e-learningwebsite voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag. Die richtlijn heeft als doel de kennis, attitudes en vaardigheden van hulpverleners op een toegankelijke manier te verhogen en de drempel die hulpverleners ervaren in het omgaan met suïcidale patiënten, te verlagen.

Gezien het hoge suïciderisico bij ouderen betekent een verdere uitdieping van de richtlijn en e-learningmodule, door het toevoegen van een extra module specifiek gericht op hulpverleners werkzaam in de ouderenzorg, een belangrijke meerwaarde.

Het is aangetoond dat deskundigheidsbevordering van professionelen een effectieve preventiestrategie is, waardoor het trainen van professionelen die werkzaam zijn in de ouderenzorg een belangrijke interventie is om suïcidaliteit op latere leeftijd te reduceren.

De nieuwe adviezen en e-learningmodule richten zich tot alle hulpverleners die instaan voor de zorg van ouderen. Diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, centra voor algemeen welzijnswerk, diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, lokale dienstencentra en OCMW's zullen ook worden gevraagd om betrokken te zijn bij de uitwerking, zodat die extra module zoveel mogelijk op maat van de betrokken beroepsgroepen ontwikkeld wordt en tevens de implementatie zal bevorderen.

Belangrijke risicofactoren die in verband worden gebracht met suïcidale gedachten en gedrag op latere leeftijd, zijn sociale isolatie en depressie. Screenen op depressie en het systematisch bevragen van suïcidale gedachten en gedrag bij

ouderen is essentieel. De adviezen en e-learningmodule zullen die risicofactoren extra belichten en aanbevelingen doen voor interventies.

Het is inderdaad enigszins kort door de bocht om uit het antwoord dat ik aan mevrouw Van den Brandt heb gegeven op een schriftelijke vraag te concluderen dat het aantal uren gezinszorg per geholpen gebruiker afneemt. Zoals ik aangaf in het antwoord op de schriftelijke vraag 239 van collega Vera Jans, zijn er geen gegevens beschikbaar over het gemiddeld aantal uren gezinszorg dat gebruikers per week of per maand benutten. Er zijn wel gegevens beschikbaar over het gemiddeld aantal uren gezinszorg dat gebruikers per jaar ontvangen. Die gegevens zijn echter weinigzeggend, aangezien niet elke gebruiker een volledig jaar een beroep doet op een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg.

We stellen vast dat inderdaad alsmaar meer personen geholpen worden door een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Maar daar waar mensen in het verleden vaak gedurende een zeer lange periode, vaak verschillende jaren, hulp kregen van een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, zijn er hoe langer hoe meer gebruikers die slechts gedurende een korte periode van enkele dagen of weken een beroep doen op gezinszorg. Denk maar aan de kraamzorg, wat nog wordt versterkt door de projecten 'bevallen met verkort ziekenverblijf'. Een ander voorbeeld is de acute gezinszorg. Die mogelijkheid werd ingevoerd in 2011, en steeds meer diensten maken er gebruik van. Het laat toe om gedurende maximaal 14 dagen gezinszorg te bieden in geval van een noodsituatie die niet vooraf kan worden ingeschat en waarin onmiddellijke zorg vereist is. In sommige gevallen wordt na de eerste 14 dagen verder gezinszorg aangeboden, maar dat is niet altijd noodzakelijk.

Een andere belangrijke verklaring van het dalende aantal uren gezinszorg per cliënt is ook de verschuiving van uren naar aanvullende thuiszorg. Waar verzorgenden in het verleden nog een aanzienlijk deel, soms zelfs meer dan de helft van de tijd besteedden aan poetshulp, is dat de voorbije jaren in het kader van de taakuitzuivering sterk afgebouwd. Verzorgenden staan in voor de zorgtaken, de huishoudelijke hulp en de psychosociale en pedagogische ondersteuning, terwijl voor de poetshulp logistiek personeel ingeschakeld wordt. Alleen daar waar het doel van de zorg of de aard van de zorgsituatie de competenties van een verzorgende vereist, wordt de schoonmaakhulp nog uitgevoerd door een verzorgende.

Tot slot is er de tendens naar het vragen van kortere hulpbeurten, soms in combinatie met andere zorgvormen, zoals oppashulp, dagopvang, poetshulp, enzovoort. De zorg wordt meer doelstellingsgericht bepaald, en er wordt meer samen gewerkt in functie van zorg op maat en integrale zorg. Ik kom daar nog op terug.

Op 22 september 2017 keurde de Vlaamse Regering de conceptnota 'Zorg- en ondersteuning op maat van alle gezinnen. Nieuw werkingskader voor de diensten voor gezinszorg' goed. De visie in de conceptnota is dat gezinszorg moet passen binnen een integraal zorg- en ondersteuningsaanbod rond de gebruiker, waarbij die gebruiker de regie van zijn zorg in eigen handen heeft. Daarvoor is samenwerking cruciaal met andere professionele en informele zorg- en ondersteuningsactoren waarop de gebruiker een beroep wil doen om tegemoet te komen aan zijn zorgvraag. Effectieve gezinszorg werkt contextgericht en biedt ook het nodige soelaas aan mantelzorgers.

De nota maakt ook melding van 'collectieve zorgvragen'. De bedoeling is om ook mogelijk te maken dat binnen de verscheidenheid van woonvormen toch een soort van collectieve overeenkomst zou kunnen worden afgesloten op basis van individueel geïndiceerde nood aan gezinszorg voor cliënten die op één locatie verblijven en met respect voor hun vrije keuze. De individuele cliënt behoudt het



recht om die gezinszorg stop te zetten of om te kiezen voor een andere dienst, maar de bedoeling is toch om te bekijken of op die manier het rationele inzetten van de beschikbare capaciteit en het vermijden van onnodige complexe verplaatsingen kunnen worden vermeden.

In uitvoering van deze conceptnota werd al in oktober 2017 een werkgroep opgericht waarin openbare, private, kleine en grote diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg vertegenwoordigd zijn. Die werkgroep heeft als taak om de principes uit de conceptnota te concretiseren, om te beginnen door een nieuw regelgevend kader op te stellen voor de erkenning van nieuwe initiatieven van diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, voor de toekenning van de uren gezinszorg aan de erkende diensten en voor meer flexibiliteit en continuïteit in de hulp- en dienstverlening.

Die werkgroep is ondertussen al zes keer samengekomen. We beginnen nu aan het opstellen van een ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering voor de erkenning van nieuwe initiatieven en de toekenning van de uren. Wat de flexibiliteit en continuïteit in de hulp- en dienstverlening betreft, zijn werkgevers en werknemers dicht bij een akkoord in de sectorale werkgroep voor VIA5 (Vlaams intersectoraal akkoord).

De conceptnota vormde mee de basis voor een nieuw ontwerp van decreet betreffende de woonzorg. Het ontwerp van decreet houdt een actualisering in van de opdrachten en werkingsprincipes voor alle woonzorgvoorzieningen, waaronder ook de thuiszorgvoorzieningen.

Zelfs als het zo zou zijn dat het gemiddeld aantal uur gezinszorg per gebruiker daalt – iets wat we dus niet zomaar kunnen stellen, zoals ik al eerder aangaf – gaat dat niet noodzakelijk ten koste van de kwaliteit. Waar vroeger standaard hulp gedurende halve dagen werden gegeven, is de vaststelling sinds enkele jaren dat dit niet altijd het beste antwoord is op de zorgnood van de gebruiker. De zorg wordt meer doelstellingsgericht bepaald, en er wordt meer samengewerkt in functie van zorg op maat en integrale zorg. Dat is ook een keuze die we expliciet hebben ingeschreven in de conceptnota, samen met het inzetten op een verhoogde flexibiliteit. Daarnaast is er ook een diversificatie in doelgroepen, onder andere personen met een handicap of met een psychische problematiek, gezinnen die gebruik maken van kraamzorg of van integrale jeugdhulpverlening, enzovoort. Elk van die doelgroepen heeft specifieke en flexibele ondersteuningsvragen op maat.

Op het meten van deze kwaliteit, een belangrijk instrument om ter zake de vinger aan de pols te houden, kom ik straks nog terug.

Het flexibeler en meer op maat inspelen op zorgvragen heeft inderdaad als keerzijde dat het aantal verplaatsingen, het aantal cliënten per dag en de daardoor ervaren werkdruk toenemen. De toenemende zorgzwaarte verhoogt ook de emotionele belasting.

Antwoorden daarop zijn initiatieven met betrekking tot de combinatie werk-gezin en het welbevinden op het werk. Dicht bij huis kunnen werken, onderbroken uren beperken, inspraak in uurroosterregeling zijn voorbeelden daarvan. Ondersteuning via vorming en begeleiding op de werkvloer zijn dat ook. Hiervoor moeten we blijvend aandacht hebben. Zo wil ik erop wijzen dat er nu al jaarlijks een bedrag van bijna 500.000 euro verdeeld wordt tussen de diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, evenredig aan het aantal kilometers dat het verzorgend personeel gereden heeft met de wagen. De diensten moeten dat budget gebruiken voor een permanent ondersteunend beleid inzake minimale verplaatsingsafstanden en -tijden van de verzorgenden en voor sensibiliserende initiatieven met betrekking tot het gebruik van verplaatsingsmiddelen. Ook in de lopende VIA-onderhandelingen komen maatregelen ter ondersteuning van de flexibiliteit aan bod.

Daarnaast is het verkennen van samenwerkingsmodellen belangrijk. De reorganisatie van de eerstelijnszorg biedt daartoe kansen. Het is daarbij belangrijk om een goed evenwicht te vinden tussen keuzevrijheid voor de gebruiker en een optimale organisatie van het zorgaanbod.

Ik wil ook meer inzetten op buurtgerichte zorg. Ik neem aan dat dit u onder tussende hand bekend is. Zeker in het kader van het nieuwe decreet wordt buurtgericht werken een opdracht voor alle woonzorgvoorzieningen. De diensten voor gezinszorg moeten binnen dat kader werken vanuit het principe van subsidiariteit om, binnen de buurt en rekening houdend met de keuzes van de gebruiker, de zorg- en ondersteuningsdoelen te realiseren. Een van de formules daarbij is, zoals al gezegd, de collectieve zorgvraagformule.

In het nieuwe ontwerp van decreet zullen we de nieuwe werkingsmiddelen inschrijven. Uiteraard zal een van de werkingsprincipes betrekking hebben op efficiëntie, effectiviteit en het samen met relevante partners integrale en geïntegreerde zorg organiseren voor de gebruiker en zijn mantelzorger. Dat lijkt mij logisch, en het staat ook in de conceptnota, die voor dat alles de basis vormt. Vooral dit laatste is, vanuit het perspectief van de zorgvrager maar ook van de mantelzorger, een gegeven waarop de voorzieningen de komende jaren zullen worden uitgedaagd, niet alleen vanuit het decreet of de wetgeving als het over woonzorgregeling gaat, maar ook als het gaat over het decreet over de reorganisatie van de eerste lijn. Daarin komen die principes en dat buurtgerichte aanbod. Efficiëntieverhoging is daarbij ook mogelijk door buurtgericht binnen integrale zorgconcepten samen te werken met verschillende partners. Daarnaast zullen digitalisering en gegevensuitwisseling in belangrijke mate bijdragen tot efficiëntie.

Specifiek voor de diensten voor gezinszorg vestig ik uw aandacht op het feit dat zij niet alleen aan individuele gebruikers zorg kunnen bieden, maar dat ze de gezinszorg ook buitenshuis kunnen aanbieden onder de vorm van collectieve gezinszorg.

Het aanbod van collectieve dagopvang, dat vandaag al bestaat bij de diensten voor gezinszorg en bij de aanvullende thuiszorg, de zogenaamde CADO's of dagverzorgingscentra conform artikel 51 van het Woonzorgdecreet van 2009, past in de verruiming van de één-op-éénrelatie, en blijft ook behouden in het nieuwe ontwerp van decreet, in de vorm van een bijkomende erkenning als centrum voor dagopvang voor de diensten voor gezinszorg.

Het project 'kwaliteitsindicatoren op de eerste lijn' is onder meer voor de sector gezinszorg van start gegaan. Het loopt van 15 december 2017 tot 28 december 2019 en heeft als doel een beperkte set van kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, en vooral een methodiek en draagvlak in de sector te creëren voor het ontwikkelen van en werken met kwaliteitsindicatoren.

De projectgroep in de sector gezinszorg is intussen aan de slag gegaan om deze kwaliteitsindicatoren verder uit te werken, samen met het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG), dat het project begeleidt.

Intussen werd ook het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) opgericht, dat zal instaan voor het ondersteunen en ontwikkelen van valide kwaliteitsindicatoren, het ontwikkelen en veralgemenen van registratiesystemen, het ondersteunen van zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers om aan de slag te gaan met die kwaliteitsindicatoren, en het tot stand brengen van publieke transparantie door de resultaten van de kwaliteitsindicatoren online bekend te maken. Het VIKZ is dus ook betrokken bij het project rond kwaliteitsindicatoren in de gezinszorg.

**De voorzitter:** De heer Persyn heeft het woord.

**Peter Persyn (N-VA):** Ik bedank mijn collega's voor de andere vragen. We zitten allemaal een beetje in dezelfde richting te denken en te anticiperen.

Minister, ik dank u voor de antwoorden. U hebt de cijfers van mijn collega genuanceerd. Ik begin met de gezinszorg.

Voor ons is die kwaliteit natuurlijk ook belangrijk. Een relatieve reductie van duur gaat niet gepaard met een inboeten op kwaliteit. Er is inderdaad een taakuitzuivering gebeurd. We hebben dat debat hier al een aantal keren gevoerd. Het is ook al in de media gekomen. Zorg is niet hetzelfde als poetsen. U kent mijn standpunt daarover. We moeten de taken ook niet nodeloos duur maken. Doelstellingsgericht werken draagt ook onze voorkeur weg. Worden er voldoende tevredenheidsenquêtes gehouden? Nu zijn we bezig over brute cijfers, die dan nog voor veel interpretatie vatbaar zijn. De proef op de som is toch altijd de satisfactie bij de eindgebruikers en hun directe omgeving.

In de opmerkingen die werden gemaakt bij de vraag van mevrouw Van den Brandt, werden de gezinszorg en de thuisverpleegkunde een beetje op gelijke voet gezet. Het ging dan vooral om de verplaatsingsuren. Beide diensten zijn outreachend. Ik heb gewezen op het feit dat bepaalde mensen een affiliatie hebben. Denk maar aan het poolen van de dienstverlening en van het aanbod. Mensen hebben natuurlijk ook hun specifieke voorkeuren. Dat is altijd een van de grote troeven geweest van ons Vlaamse of Belgische zorglandschap, ook in de eerstelijnszorg: de mensen kiezen hun zorgverstrekker. Voor ze zwaar zorgbehoevend worden, zijn ze licht zorgbehoevend. Dit is geen zwart-witsituatie, waarbij mensen plots in een situatie tuimelen waarin ze ineens heel veel hulp nodig hebben. Dat gebeurt vaak geleidelijk. De mensen kiezen eerst iemand die bij hen, bijvoorbeeld, komt poetsen, de ramen zemen, eten klaarmaken, de vloer één keer per week opnemen. Dat zijn vertrouwenssituaties. Je kunt die mensen niet zomaar meteen andere mensen opsolferen. Dat is een continuüm.

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat mensen zo lang en zo goed mogelijk thuis blijven? Vertrouwdheid is een belangrijk aspect. Als je met oudere mensen spreekt, zeggen ze altijd: 'Ik vond dat Pools meisje toch "een goei"! Daar had ik een verstandhouding mee. Nu sturen ze een ander.' Die continuïteit is voor mensen belangrijk.

Minister, ik las afgelopen weekend een pleidooi voor een nieuwe staatshervorming van uw voormalige kabinetschef. Als ik het zo hoor, hebben we hier blijkbaar een groeiende consensus. Dat is natuurlijk het gezond verstand zelve. We vinden daar een groeiend draagvlak voor. We zullen inderdaad die thuisverpleegkunde en die gezinszorg allemaal moeten bundelen. Al die pijlen moeten in één koker. Het is zoals uw administrateur-generaal zegt: zorg en gezondheidszorg horen thuis in één gemeenschap. Die zijn specifiek persoonsgebonden.

Minister, mijn pleidooi staat los van communautaire 'stokebrandjes'. Het heeft gewoon te maken met een efficiënte organisatie van de zorg. Daar hebben de ouderen recht op, en sowieso alle Vlamingen.

Ik heb bij de begrotingsbesprekingen heel bewust de vraag gesteld naar de opdeling tussen de verschillende grote luiken. Nu halen we ook de acute, kortdurende gezinszorg, bijvoorbeeld de kraamzorg waarmee ik zelf ook vertrouwd bent, en de langdurige zorg door elkaar. Het gaat hier over serieuze budgetten. Daarom is het goed dat we daar in de toekomst meer reliëf in krijgen. Ik heb toen heel specifiek die vraag gesteld. Kunnen we daar niet meer reliëf in krijgen? Dat kan vanuit de registratie van de diensten voor gezinszorg, misschien met een zekere latentie. Dat kan zelfs een half jaar of een jaar vertraging hebben. Collega's, het gaat hier over honderden miljoenen euro. Ik pleit ook voor meer middelen en mensen in de thuiszorg.

Mevrouw Jans, het eerste jaar dat we de begroting bespraken, zei u dat we soms met eenzelfde intensiteit discussiëren over 30.000 euro als over 600 miljoen euro. Dit is een technische vraag, we hebben nu tijd, het is niet twee voor twaalf: ik vraag om dit meer op te splitsen.

Ik had in het verleden wel wat ervaring met zorgorganisatie in de thuiszorg. Informatisering is altijd een tool, geen intentie. Als de diensten geen incentives en geen intentie hebben om samen te werken, lukt dat niet.

Dat is zoals communicatie. ICT is heel goed om te communiceren, maar als je je mails niet leest of beantwoordt, dan loopt het spaak. Dit kan een geweldig vliegwieleffect geven als de intenties er zijn, maar het vraagt wel dat we verder ontkokeren. Ik doe daar geen voorafname op maar de informatisering op zich zal de zorg niet efficiënter maken, zal de organisatie niet efficiënter maken, wel binnen eenzelfde organisatie of binnen eenzelfde enveloppe maar niet over verschillende diensten heen en zelfs niet verschillende diensten van eenzelfde zuil. Ik heb in het verleden samengewerkt met zuilgebonden diensten. Er zijn zelfs schotten tussen diensten thuisverpleegkunde en diensten gezinszorg.

Ik wil tot slot de aandacht vestigen op een initiatief. Waarschijnlijk zijn er andere initiatieven in dezelfde aard en ik spreek ook geen voorkeur of afkeur uit, maar gisteren heb ik het platform Collevio leren kennen via Partenamut en Partena Ziekenfondsen. Dat platform ondersteunt vrijwilligerswerk en mantelzorg thuis. Het probeert vraag en aanbod voor werknemers van bedrijven beter te matchen. Er zijn allicht parallelle initiatieven, maar ik raad iedereen toch aan om daar eens naar te kijken. We moeten nagaan hoe we onze mantelzorgers en de vele Vlaamse vrijwilligers beter kunnen betrekken en beter kunnen ondersteunen zodat er geen uitval is.

We zullen de zorg moeten blijven professionaliseren en formaliseren. Vrijwilligerswerk moet gewaardeerd worden en niet noodzakelijk pecuniair. Laat ons 'out of the box' kijken naar formules om vrijwilligers en mantelzorgers 'hands-on' optimaal te ondersteunen.

Minister, ik heb dus twee specifieke vragen: een over tevredenheidsenquêtes bij de eindgebruikers en een over meer reliëf in de detaillering van de budgetten van de gezinszorg.

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

**Elke Van den Brandt (Groen):** Ik zal beginnen met het debat over de uren. Achter de gemiddeldes zal dus een variatie zitten. De vraag is wat die is. Ik sluit me dan ook aan bij de vraag van de heer Persyn om ons de opgesplitste gegevens te bezorgen. Op die manier moet u mij niet verwijten dat ik weinigzeggende conclusies trek. Als u mijn analyse weinigzeggend vindt, dan denk ik dat de tegenanalyse even weinigzeggend is. U kunt met even weinig stelligheid zeggen dat het niet zo is dat dit een vermindering van de kwaliteit betekent enzovoort: het wordt gewoon niet gemonitord en bijgehouden. Ik wil geen ja-neendebat aangaan, maar het is wel de analyse dat we opgesplitste cijfers nodig hebben om fijnere conclusies te kunnen trekken.

Het is ook van belang om het systeem van financiering te durven herbekijken. U zegt dat er dit jaar 409.000 extra uren bijkomen op het contingent. Die zijn heel welkom en nodig. Er is ook een groeipad van 2,5 procent. Anderzijds blijft de vraag of het werken met een contingent en met vastgestelde contingenten de juiste manier is. Is het niet beter om met een behoeftanalyse te werken? Kunnen we niet veel meer vraaggestuurd werken? Kunnen we niet naar systemen gaan waarbij het buurtgericht werken in het financieringsmodel wordt gestimuleerd? Daar heb ik weinig concrete antwoorden op gehoord.

Ik hoor u zeggen dat we naar systemen moeten gaan waarin zowel de keuzevrijheid van de mensen als de optimalisatie van de dienstverlening moeten worden samengebracht. Er kan natuurlijk ook gekeken worden hoe dit financieel kan worden gestimuleerd en onderbouwd. Ik sluit me aan bij de heer Persyn als hij zegt dat mensen affiliatie hebben. Als mensen een vrije keuze willen maken, dan moet je die hun bieden, maar heel vaak gaat het om gewoonte of beperkte informatie over het beschikbare aanbod. Als iemand, zeker bij een ouder persoon, komt, dan is het belangrijk dat er continuïteit is. Dat is heel belangrijk voor de vertrouwensband. Misschien moet je bij de start van een vertrouwensrelatie wel durven te kijken welke mogelijkheden er zijn. De eerstelijnszones zijn daarin een kans, maar dan moet dat wel worden gestimuleerd en moet ervoor gezorgd worden dat er financiële prikkels en incentives zijn. Ik hoop dat we daarnaar kunnen evolueren.

Ik ben heel benieuwd naar de kwaliteitsindicatoren. Dit loopt tot 28 december. Hebt u er al een zicht op welk soort indicatoren dit zullen zijn? Gaat dit over tevredenheidsanalyses van de gebruikers? Zitten er werklasmetingen in? Hoe moet ik dat zien? Ik denk dat het een interessante manier is om mee te werken, maar soms kunnen indicatoren ook perverse effecten hebben. Dat hebben we in het verleden al gezien. Soms zorgen diensten er dan voor dat ze goed op de indicatoren scoren maar op andere zaken niet. Daarom is het interessant om te weten welke indicatoren er in de pijplijn zitten.

U hebt driemaal iets aangekondigd in uw antwoord. Ik had graag geweten wanneer die maatregelen er zullen zijn.

U hebt ten eerste gezegd dat er een geactualiseerd Woonzorgdecreet op komst is, waarin een aantal zaken aan bod zullen komen zoals vergunningen en erkenningen. Wanneer mogen we dat verwachten? Volgens mij is dit nog niet bij het parlement toegekomen.

U hebt verder gezegd dat er een besluit van de Vlaamse Regering in opmaak is over de uitvoering van de conclusies van de werkgroep inzake een nieuw kader voor erkenningen, het urencontingent, flexibilisering enzovoort. Wanneer mogen we dat verwachten? Is dat iets voor Pasen, voor de zomer of voor het einde van het jaar?

Inzake VIA zegt u dat er een bijna-akkoord is. Wanneer kunnen we daar akte van nemen?

Mijnheer Persyn, u pleitte voor een extra staatshervorming. We voelen allemaal aan dat er momenteel een aantal zaken niet goed zitten. We kunnen het dan hebben over thuiszorg en thuisverpleging waartussen er logischerwijs een verband is. Anderzijds voel je dat ook in de geestelijke gezondheidszorg enzovoort. Staatshervormingen kunnen een instrument zijn, maar je moet ook de tijd geven om vorige staatshervormingen uit te voeren. Er moet ook geen taboe zijn: als wordt vastgesteld dat iets beter op het federale niveau zit, dan moet een staatshervorming ook in die richting kunnen gaan. Het is van belang dat het in twee richtingen gebeurt.

Aangezien iedereen een project mag aanbevelen aan anderen, wil ik absoluut het BuurtPensioen aanraden omdat mantelzorg en vrijwilligerswerk daar op een heel inventieve manier worden uitgewisseld op buurniveau en niet enkel op sociaalnetwerkniveau.

**De voorzitter:** Mevrouw Coppé heeft het woord.

**Griet Coppé (CD&V):** Minister, in mijn vraag om uitleg polste ik vooral naar de stand van zaken van de conceptnota 'Zorg en ondersteuning op maat van alle

gezinnen'. Die was aangekondigd in de beleidsnota. In de beleidsnota stond ook onder de titel 'Thuiszorg' dat er een aanpassing zou komen van het Woonzorg-decreet. De stappen die reeds zijn gezet om naar meer regelgeving te komen, worden voluit uitgerold. De werkgroep is zes keer samengekomen. Er zijn nog meer maatregelen voor flexibiliteit opgenomen in VIA 5. Buurtgerichte zorg is het model dat we steeds naar voren schuiven als het cirkelmodel van zorg. Op die manier staat de zorgvrager niet op zichzelf, maar wordt hij ingebed in mantelzorg, professionele zorg enzovoort totdat er effectief residentiële zorg noodzakelijk is.

Het belangrijkste is dat er stappen zijn gezet en dat er flexibilisering komt. Voor mij persoonlijk is het – na mijn ervaringen – belangrijk dat de een-op-eenrelatie in cohousingprojecten kan worden losgelaten. Daar treffen we vereenzaming bij veel senioren aan. Men zit thuis en heeft een verzorgende voor zich om de voormiddag samen mee door te brengen. Als er echter mogelijkheden zijn om dit te verruimen in een buurt, dan moeten we daar groot supporter van zijn, want zo hebben we niet alleen zorg kunnen toedienen maar ook gezorgd voor meer vertrouwen tussen bewoners onderling. Dat is zeker een meerwaarde.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Het agentschap kan die cijfers blijkbaar uit de databank trekken. We zullen overmaken wat er aan bijkomende informatie binnenkomt.

Ik ga ervan uit dat u begrijpt hoe het traject van onze besluitvorming eruitziet. We hebben een tijd geleden een veranderingskalender gemaakt van alle dossiers die moesten worden aangepakt om de organisatie van onze zorg, onder meer door de vergrijzing, terug bij de tijd te brengen. Die veranderingsagenda is hier besproken. Daar zaten twee grote dossiers in die rechtstreeks te maken hadden met de eerstelijnszorg en de vergrijzing.

Ten eerste ging het om de toekomstige ontwikkeling van het profiel residentiële ouderenzorg. We hebben u daarover een lijvig document bezorgd dat alle adviesraden moet passeren. Daarna komt het terug op de tafel van de ministerraad om definitief goedgekeurd te worden. Ik denk dan aan de uitbreiding van de erkenningskalender, de reconversiemogelijkheden, de profilering van de woonzorgcentra naar zorg- en leefgemeenschappen, weg van het medische model enzovoort. Dat was een eerste cluster.

Ten tweede was er de conceptnota over de toekomst van de gezinszorg die door de regering is goedgekeurd. Die is nu ook in verwerking voor wat dat betekent naar normering, financieringstechnieken enzovoort.

Op de achtergrond zit ook het perspectief dat dit moet passen binnen de Vlaamse sociale bescherming, het uniek inschalingssysteem, de automatische rechten-toekenning enzovoort. Ik neem aan dat u dat verhaal kent.

Het vierde luik in dat verhaal is de tekening van de eerste lijn met de actoren waarop we onze ondersteuning kunnen enten.

Dat is het pakket dat vooruit moet gaan in de loop van de legislatuur. Ik heb al gezegd dat een aantal zaken niet klaar zullen zijn, al was het maar omdat de inschalingssystemen BelRAI en de validering ervan in lijn met de afspraken die we daarover met het RIZIV maken, een werk van meerdere jaren is. We zullen alle diensten ook niet meteen in de VSB-constructie kunnen inbrengen. Dat zal ook gefaseerd moeten verlopen. We moeten daarvoor eerst de fundamenten leggen.

Iedereen kan uiteraard zijn mening hebben over de vraag naar meer homogene bevoegdheidspakketten. Mijn ervaring in contact met collega's uit andere regio's

die ook op Volksgezondheid beleid voeren en geconfronteerd worden met federale structuren en bevoegdheden op verschillende bestuursniveaus, leert me dat het altijd wel voor een deel zoeken is naar afstemming, in het ene land allicht al meer dan in het andere land.

In de eerste lijn is het natuurlijk belangrijk dat er kan worden ingehaakt op en afgestemd met de actoren die gefinancierd worden vanuit het RIZIV. Dat is logisch. We hebben gisteren een interministeriële conferentie Volksgezondheid gehad. Er is een nieuw protocol afgesloten over BelRAI, want het is cruciaal dat we op het vlak van het e-healthsysteem dat de digitalisering mogelijk moet maken en gegevensdeling, integrale zorg en intersectorale benaderingen moet faciliteren, allemaal met dezelfde concepten werken. Welke cesuur u daar ook in zou aanbrengen, er is altijd afstemming met het systeem van de ziekteverzekering noodzakelijk. We proberen daar uiteraard op de IMC vaart in te houden en over een aantal dossiers protocollen af te sluiten.

Samenwerking is een mooi woord, maar er moeten een aantal incentives zijn die het 'natuurlijk' maken voor iedereen die erbij betrokken is om te gaan voor dat model van samenwerking. Mijnheer Persyn, ik weet dat er in de aanloop van de eerstelijnsgezondheidsconferentie nogal wat is gesproken over multidisciplinariteit. Laat ons zeggen dat in de wereld van de zorgverstrekkers in de eerste lijn de meningen daarover toch enigszins verdeeld of genuanceerd zijn. Je kunt je natuurlijk afvragen: waarom geen thuisverpleging en gezinszorg met een huisartsenpraktijk in één associatie? Dat is absoluut een model. Daartegenover staat dan de vrije keuze van de patiënt.

Dat is natuurlijk ook een afweging die gemaakt moet worden: in welke mate ga je als overheid het ene model op het andere stimuleren? Ik vind, en dat is uiteindelijk ook opgenomen in de goedgekeurde tekst, dat we ervoor moeten zorgen dat het financieringssysteem, hoe beperkt het in onze handen ook soms is... Ik denk nu maar concreet aan het multidisciplinaire overleg, waar er zeker wel een financiering mogelijk is, en die we nu ook al hebben. We moeten ervoor zorgen dat die systemen voldoende consistent zijn en aanzetten tot multidisciplinariteit en tot continuïteit.

Als u vraagt wat kwaliteitsparameters zijn om te weten of je een goede eerste lijn hebt, is dat er bijvoorbeeld al een: heb je continuïteit in de ondersteuning die je aanbiedt? Ben je participant in een multidisciplinaire benadering? Kwaliteit meten in een zeer 'eenvoudige' zorgsituatie van een cure, een patiënt van 45 jaar die thuis revalideert na een orthopedische ingreep, dat is iets heel anders dan kwaliteit meten voor een chronische patiënt die langdurige ondersteuning nodig heeft en waarin verschillende zorgverstrekkers en welzijnsdiensten betrokken zijn. Wat dat laatste betreft, zal, vermoed ik, in de opmaak van de indicatoren aandacht gaan naar thema's zoals patiëntentevredenheid en de vraag of er voldoende aandacht is voor de continuïteit en de afstemming tussen de betrokken zorgaanbieders.

Maar we moeten daar bijvoorbeeld al kunnen werken op een zorg- en ondersteuningsplan, dat dan voldoende gevalideerd is door alle stakeholders, om te kunnen dienen als hét model dat dan ook elektronisch ondersteund kan worden en waarop je ook een aantal financieringsincentives – hoe beperkt zij misschien ook zijn in deze fase – kunt baseren. Dat is wat in opbouw is. Na de eerstelijnsconferentie zijn dat de grote blokken van projecten die nu gedefinieerd zijn en waarop nu gewerkt wordt.

Is dat eenvoudig? Neen. Bestaat er soms nogal wat spraakverwarring over? Ja, als ik zie hoe de pers uw statement naar aanleiding van uw vraag heeft vertaald, mevrouw Van den Brandt. Bij sommige titels die daarboven stonden, kon je zelfs

niet zien dat het over gezinszorg ging. Het ging dan over thuisverpleging en thuiszorg. Er werden woorden gebruikt die soms totaal niet stonden voor hetgeen waarover het eigenlijk ging. We weten dat het heel moeilijk is. We voelen dat ook wel. Wat is een verpleegkundige? Wat is gezinszorg?

Mijn aanvoelen is ook dikwijls, mijnheer Persyn, dat de regelgeving wel degelijk een aantal werkvormen toelaat. Het is niet zo dat het verboden is om een aantal zaken vanuit een gemeenschappelijke organisatie te benaderen. Ik denk dat er zelfs een aantal op het terrein zijn die zich zeer ernstig bezinnen over de manier waarop ze misschien naar een meer totale dienstverlening kunnen gaan enzo voort. En dat komt dan altijd, zoals gezegd, een stuk in spanning met de bescherming van de vrije keuze van de patiënt.

Wat de VIA-akkoorden betreft: voor mij is er maar een akkoord als iedereen akkoord gaat. Ik kan echt niet zeggen hoe die timing loopt. Ik weet dat er op dit moment intens wordt onderhandeld. Ik heb ook geen zicht op de timing van een besluit van de Vlaamse Regering voor de gezinszorg. Dat is eigenlijk een beetje onafhankelijk van de vraag of er een nieuw Woonzorgdecreet komt, omdat die gezinszorg nu natuurlijk ook al in het decreet gedefinieerd wordt. Op dat vlak stelt er zich qua decretale onderbouw dus niet direct een issue. Maar zoals gezegd, zijn we daar druk aan het overleggen met de sectoren, om dat allemaal te doen landen.

**De voorzitter:** De heer Persyn heeft het woord.

**Peter Persyn (N-VA):** Eerst een technisch punt: we kunnen dat detail dus krijgen? Wordt dat in de toekomst dan ook geventileerd in de tabel bij de begrotingsdocumenten? Dat zou fijn zijn. Want als we een paar maanden verder zijn, gaat dat weer over een budget van 700 miljoen euro. Anders moet ik die vraag weer specifiek gaan stellen. Kan dat als een aandachtspunt meegenomen worden?

Een tweede punt gaat over de multidisciplinaire netwerken. Alles zit in de intenties. Eigenlijk denk dat dat te velde al heel vaak gebeurt. Ik kijk dan naar collega Bertels, die hier de advocaat is van de wijkgezondheidscentra. Dat gebeurt daar, maar dat gebeurt evengoed in private praktijken.

Naast het feit dat wij hier vrij onze zorgverleners kunnen kiezen, is er nog altijd het feit dat het grote merendeel van onze eerstelijnszorgverstrekkers zelfstandigen zijn. De huisartsen: 98 procent. De thuisverpleegkundigen: bijna 70 procent zijn zelfstandigen. Apothekers, tandartsen, kinesisten: zelfstandigen. Die mensen nu in een keurslijf dwingen waar ze zelf niet voor geopteerd hebben, geeft geen pas.

Ik heb even onze lijst van toekomstige agendapunten overlopen. Ik heb er hier al drie of vier keer voor gepleit om eens, uit de hitte van de discussies rond een specifieke vraag, te bekijken hoe we naar meer generieke formules kunnen gaan om dergelijke multidisciplinaire samenwerkingen te financieren en beleidsmatig te sturen en te financieren. Dat zal wellicht niet 'one size fits all' zijn. Er is een tegenstelling tussen het aanbod van forfaitaire wijkgezondheidscentra en praktijken die dat nu al organisch doen, bijvoorbeeld rond palliatieve zorgen. Dat gebeurt in Vlaanderen in tal van centrumsteden, en ook in landelijke omgevingen, al vijftig jaar, met een perfecte samenwerking tussen coördinerende artsen, teams, huisartsen, verpleegkundigen, thuisverzorging. Dat is geen 'rocket science'. Dat is een kwestie van goede wil.

Ik pleit er opnieuw voor – en dat is dan misschien iets voor na het zomerreces – om daar 'à bâtons rompus' eens rustig over van gedachten te wisselen. Ik vind



dat ook een opdracht voor ons als commissie, om naar modellen en concepten te kijken die ons uit die patstelling kunnen halen.

Minister, u hebt gelijk. De facto gebeurt dat nu al. Bijvoorbeeld grote thuisverpleegkundige praktijken kunnen met een instrument dat te hunner beschikking is, namelijk de pseudonomenclaturen binnen de RIZIV-financiering, zorgkundigen in dienst zetten die dan onder hun toezicht eenvoudige verzorgende taken uitvoeren. Dat is eigenlijk wat Guy Tegenbos al jaren geleden de 'omgekeerde zorgverschuiving' genoemd heeft: complexe zaken worden nu voorbehouden voor de verpleegkundigen, en dat wat verpleegkundigen jaren gedaan hebben – mensen wassen, het toilet doen, mensen rechtzetten in bed, mensen aan tafel brengen – wordt nu meer en meer verschoven naar andere profielen, van verzorgenden tot en met de mantelzorgers. Ik merk in ieder geval dat er een groeiende consensus is dat we de krachten moeten bundelen. De kaarten in één hand, dat is nog altijd het beste als je moet kaartspelen.

Ik ben er niet van overtuigd, collega Van den Brandt, dat er ooit nog zaken zullen zijn die wij moeten terugsturen naar het federale niveau, al was het maar vanwege de taalproblematiek. Ik ben redelijk goed tweetalig, maar ik heb toch nogal wat ondervinding. Het is heel moeilijk als je voortdurend moet negotiëren met sympathieke collega's die de taal van de meerderheid van het land en van de meerderheid van de patiënten van het land niet eens machtig zijn, tot op het hoogste niveau. Ik denk aan collega Fonck, die vindt dat artsen in Brussel niet de twee landstalen machtig moeten zijn. Dan breekt mijn klomp. Dat is ongezien. No way dat er ooit nog een retrograde delegatie gebeurt, al was het alleen al vanwege de taalproblematiek.

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

**Elke Van den Brandt (Groen):** Minister, u hebt voor een aantal antwoorden verwezen naar een besluit van de regering, naar een update van het Woonzorgdecreet, naar het VIA-akkoord. We zijn in afwachting totdat we die krijgen, en dan zullen we oordelen wat de waarde daarvan is.

Het is van belang dat we naar die buurtgerichte zorg gegaan, dat er incentives voor zijn en dat dat ondersteund wordt, zodat we zo kwaliteitsvol mogelijk zullen zijn. Ik heb hier een paar keer het pleidooi gehoord dat we ervoor moeten zorgen dat de juiste taak door de juiste persoon gebeurt. Daarnet hebben we het gehad over continuïteit en het feit dat mensen vertrouwensbanden opbouwen met de mensen met wie ze een zorgrelatie hebben. In die optiek moet je ook vermijden dat er vijf of zes verzorgenden of zorgprofielen bij mensen komen, omdat de ene de ene taak doet en de andere de andere taak. Het is goed dat we gaan kijken wie wat doet, maar we moeten natuurlijk ook vermijden dat we alles zodanig opsplitsen dat we weer helemaal saucissoneren. Dat is veeleer een aandachtspunt dan kritiek. Maar goed, ik ga verder afwachten.

U hoeft het niet met mij eens te zijn. Maar ik stel vast dat er steeds meer ouderen zijn, steeds meer mensen met een zorgvraag, steeds meer mensen die een zwaardere zorgvraag hebben. Er is een tendens naar meer vermaatschappelijking, naar korte verblijven in ziekenhuizen. Al die zaken samen maken dat er een grote toename is van de nood aan thuiszorg en omkadering bij mensen in eigen omgeving. Dat betekent dat we daarop moeten inzetten en dat betekent dat we een goed zicht, goede prognoses en goede behoeftanalyses moeten hebben, zodat het beleid kan volgen en we niet enkel blind met een aantal groeipaden zitten, zonder te weten in welke mate die aan de realiteit werden getoetst.

Ik hoop dat al die zaken worden meegenomen in de aangekondigde besluiten en decreten. Ik vermoed dat we hier nog zeker op zullen terugkomen.

**De voorzitter:** Mevrouw Coppé heeft het woord.

**Griet Coppé (CD&V):** Voorzitter, na de betogen van de collega's, wil ik graag nog twee dingen zeggen. Eén, ik denk dat er nog nooit zoveel bijkomende middelen werden ingezet als in deze legislatuur voor de diensten voor thuiszorg. Dat moeten we toch waarderen in budgettair moeilijke tijden.

Twee, er wordt gezegd dat het bijna allemaal zelfstandigen zijn die werken in de thuiszorg. Dat is niet zo. Bij de diensten voor gezinszorg werken de mensen in dienst van de diensten voor gezinszorg. U zou kunnen zeggen dat het ideaal model zou zijn dat die verzorgenden werken onder supervisie van thuisverpleegkundigen, die dan wel zelfstandig zijn, maar men zou ook kunnen kiezen voor een ander model. Ik denk dat er daar nog heel wat over zal worden gediscussieerd. Maar ook degenen die het laagst op de ladder staan, moeten worden gewaardeerd, zelfstandig of niet. Dit is een te belangrijke taak om de discussie enkel en alleen maar daarop te focussen.

**De voorzitter:** We moeten even improviseren op het reglement. Er was een bijkomende technische vraag van de heer Persyn, waarop de minister graag wil antwoorden. En ik zie dat de heer Bertels klaar zit om te antwoorden op een vraag die rechtstreeks aan hem gericht is.

Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Die opsplitsing over waaraan die uren worden gegeven, kunnen we uit de computer halen. Maar als de suggestie zou zijn om dat in de begroting op te splitsen, wil dat eigenlijk zeggen dat we dat allemaal compartimenteren en budgettair afblokken. En dat vind ik nu echt niet de beste methode. Want dat betekent dat we aan al die gezinnen, al die diensten subquota geven. Dat zou ik niet doen. We monitoren. En als uit de monitoring zou blijken dat er verkeerde prioriteringen zijn, kunnen we nagaan wat we moeten doen om dat bij te sturen. Maar als je in de begroting zegt: 'Maximum zoveel aan kraamzorg, zoveel aan een acute zorg, enzovoort', dan haal je de flexibiliteit uit dat systeem. Ik ben voor die monitoring. En als daaruit blijkt dat er moet worden bijgestuurd, is dat zeker mogelijk, maar niet om met echte subquota te werken die budgettair de dingen afgrenzen.

**De voorzitter:** Ik beschouw het een beetje als de regeling der werkzaamheden, aangezien het de vraag van de heer Persyn was om dit te agenderen. Ik vermoed dat u daarop wilt reageren, mijnheer Bertels?

De heer Bertels heeft het woord.

**Jan Bertels (sp.a):** Ja, maar ik word betrokken in een debat waarin ik zelfs niet het woord heb genomen.

Van twee zaken één. Het debat waarnaar de heer Persyn verwijst, moet absoluut worden gevoerd. Maar – en daarin geef ik mevrouw Coppé gelijk – het moet gebeuren met een meer open blik. We moeten kijken naar de verscheidenheid in het zorglandschap. De individuele zelfstandige arts tegenover de wijkgezondheidscentra zetten, is immers een framing die niet helemaal correct is.

**De voorzitter:** De heer Persyn heeft het woord.

**Peter Persyn (N-VA):** Er worden mij hier woorden in de mond gelegd. Ik had het niet over de meerderheid van de mensen in de thuiszorg: ik had het over de eerste lijn en samenwerkingsverbanden. En u kunt de cijfers nakijken. Maar goed, ik sluit zeker niet uit dat mensen in dienstverband werken. Zo werken de grote diensten met werknemers, zoals het Wit-Gele Kruis en Solidariteit voor het

Gezin, met verpleegkundigen in loonverband. Daar gaat het nu niet om. Maar ik doe een oproep om inderdaad uit die stellingenoorlog te gaan. Ik denk dat dat beleid het aan zichzelf verplicht is naar een soort van generieke toepassingen te gaan. Wij zijn voor een gelijk speelveld, in alle vormen van aanbod en niet alleen van zorg.

Minister, een begroting is natuurlijk maar een begroting. Indicatieve bedragen kunnen onderweg nog worden bijgesteld. Ik vind het een beetje vreemd. Maar goed, ik zal telkens schriftelijke vragen stellen om de details te krijgen. Of misschien zal mevrouw Van den Brandt mij voor zijn. Maar ik vind – opnieuw – dat we soms discussie voeren over een half miljard of 1 miljard euro in een even grote lijn als een halftijdsequivalent van 35.000 euro. Ik vind dat vreemd. Maar goed, ik kan daar vrede mee nemen. Maar een begroting is ook maar een instrument en geen wet van Meden en Perzen, waarin alles gebetonneerd is tot in lengte van dagen.

**De voorzitter:** De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over ouderenmis(be)handeling in Vlaanderen  
– 1540 (2017-2018)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

**De voorzitter:** De heer Persyn heeft het woord.

**Peter Persyn (N-VA):** Minister, recent kreeg ik op een schriftelijke vraag van mij betreffende het aantal meldingen van ouderenmis(be)handeling in Vlaanderen van u een antwoord. Ik merk in de cijfers een belangrijke daling. In 2016 waren er 640 meldingen en in 2017 waren dat er nog 331.

Minister, welke verklaringen ziet u voor deze ogenschijnlijke – op het eerste gezicht toch – daling in 2017 tegenover 2016?

Welke acties zult u ook in 2018 ondernemen om de ouderenmis(be)handeling in Vlaanderen terug te dringen?

Voorziet u in extra acties om de problematiek verder uit de taboesfeer te halen?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Het Vlaams Ondersteuningscentrum Ouderenmis(be)handeling (VLOCO) geeft aan niet tot dezelfde conclusie te komen met betrekking tot de cijfers rond partnergeweld bij ouderen. Dat is die ogenschijnlijke daling. Volgens hun analyse is er geen daling. In 2016 was er in 22 procent van de meldingen sprake van een partner als dader, in 2017 steeg dit percentage naar 25 procent.

Er is wel een daling merkbaar in het totaal aantal meldingen rond ouderenmis(be)handeling bij VLOCO. Dit cijfer is gedaald van 177 in 2016 naar 144 in 2017. VLOCO neemt een consultfunctie op ten aanzien van hulpverleners. De hulpverleners die bij VLOCO terechtkomen, zijn vaak hulpverleners die in een bepaalde situatie rond ouderenmis(be)handeling vastzitten. Een mogelijke verklaring voor de daling van het totaal aantal meldingen bij VLOCO kan zijn dat hulpverleners nu meer zelf de nodige expertise en tools hebben om met deze situaties om te gaan waardoor een consult bij VLOCO niet nodig is en het registratiecijfer bij VLOCO dus daalt.

Het totale prevalentiecijfer van ouderenmis(be)handeling waar VLOCO zicht op heeft – dit gaat om de registratiecijfers van verschillende organisaties zoals VLOCO zelf, 1712 en de centra algemeen welzijnswerk (CAW's) – is van 436 in

2016 gestegen naar 505 in 2017. Een belangrijke bemerking hierbij is dat voor 2016 niet van alle CAW's de cijfers werden verkregen waardoor het eigenlijke cijfer mogelijk hoger ligt dan 436.

VLOCO blijft inzetten op sensibilisering naar professionals en het ruime publiek, onder andere ouderen en mantelzorgers, rond ouderenmis(be)handeling en dit aan de hand van websites, een Facebookpagina, folders, de aanwezigheid op beurzen, het schrijven van artikels, het organiseren van een tweejaarlijkse inspiratiedag en algemene sensibiliseringsacties die vaak gekoppeld worden aan nationale themadagen. Zo plant VLOCO binnenkort in enkele steden een broodzakkencampagne rond dit thema. VLOCO biedt ook vorming aan op maat van diverse doelgroepen – burgers, professionelen, hulpverleners in opleiding – en zet in op deskundigheidsbevordering van hulpverleners die werken met en voor ouderen door het installeren van en/of deelnemen aan overleg – intervisiegroepen, stuurgroepen, enzovoort – en het versterken van het werken met het risicotaxatie-instrument.

VLOCO neemt ook deel aan nationale en internationale projecten en onderzoek rond ouderenmis(be)handeling, onder meer een project van Universiteit Antwerpen met als opzet het identificeren van een praktisch kader dat manipulatie en/of verwaarlozing kan voorkomen en tegelijkertijd de autonomie van ouderen kan verlengen. Het past ook hier te verwijzen naar het ruimere beleid inzake geweld en intrafamiliaal geweld, zoals 1712, en de casuscoördinatie inzake intrafamiliaal geweld en kindermishandeling.

Hierbij rollen we in heel Vlaanderen een aanpak uit waarbij politie, parket en hulpverlening periodiek in complexe situaties, waaronder ouderenmis(be)handeling, overleggen, een gezamenlijk plan afspreken en de uitvoering coördineren.

Zoals we hier in de commissie ook reeds hebben toegelicht, is in verschillende regio's deze aanpak doorontwikkeld in een Family Justice Center, waar de partners onder meer samenwerken op één locatie.

Het herhalen van sensibiliseringsacties kan ertoe bijdragen om de problematiek uit de taboesfeer te halen. Het kan ertoe bijdragen partnergeweld in het algemeen en in het bijzonder bij ouderen uit de taboesfeer te halen.

In 2017 werd een sensibiliseringscampagne gelanceerd rond partnergeweld bij ouderen. Daarbij werd ook ingezet op het beter bekendmaken bij ouderen van de hulplijn 1712 voor zaken die te maken hebben met geweld, misbruik en kindermishandeling. De informatie over ouderenmis(be)handeling die op de website beschikbaar is, werd in 2017 ook uitgebreid. Het materiaal van de campagne rond partnergeweld bij ouderen is beschikbaar en zullen we ook in 2018 gebruiken om deze problematiek opnieuw onder de aandacht te brengen.

**De voorzitter:** De heer Persyn heeft het woord.

**Peter Persyn (N-VA):** Minister, dank u voor de nuancering van de cijfers. Ik zal het nog eens rustig bekijken.

Op basis van de cijfers die ik heb gekregen, heb ik een bijkomende analyse gemaakt. Die is misschien niet meer helemaal correct in het licht van de aangepaste cijfers. Uit die analyse bleek dat het in 80 procent van de gevallen de hulpverlener is die de melding maakt. Het is blijkbaar voor ouderen zelf nog heel moeilijk om die stap te zetten. In mijn eerste berekening was het 1,4 procent, maar dat moet misschien lichtjes gemodificeerd worden. Dat betekent toch dat minder dan 1 op 50 van de ouderen, in mijn berekening zelfs 1 op 70, die stap durft te zetten.

We hadden het net over de continuïteit in de ouderenzorg. We weten dat onze ouderen steeds mondiger worden, dat ze ook de digitale tools steeds beter

beheersen. Misschien gaat dit over een heel kwetsbare deelcategorie, maar toch vraag ik extra aandacht voor die onderregistratie en die ondermelding vanuit de doelpopulatie zelf. Zij vindt blijkbaar heel moeilijk de weg, de drempel lijkt nog te hoog te liggen.

Minister, misschien hebt u of hebben uw diensten daar ideeën over: hoe kunnen we die drempels wegwerken, zodat de oudere – en dat is niet noodzakelijk een zorgbehoevende – beter de weg vindt naar melding?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Ik vind de sensibilisering van de professionele zorgverleners een belangrijke opdracht. Zij omringen de ouderen en dragen zorg voor hen. Zij zijn het die vaak situaties zien. Zij zouden de competentie moeten hebben om in te schatten of er inderdaad risico's bestaan waarop moet worden doorgedaan. Als de betrokkene zelf zo kwetsbaar en fragiel is dat hij daar niet voor durft op te komen, wat zeer begrijpbaar is, dan moet ervoor worden gezorgd dat anderen in de omgeving alert zijn en beseffen dat ze daar eventueel op een goede manier kunnen op interveniëren.

**De voorzitter:** De heer Persyn heeft het woord.

**Peter Persyn (N-VA):** Minister, ik kan u volgen, maar ik ben niet voldaan. Ik ga zelf eens in de sector of in het buitenland onderzoeken of er andere alarm-systemen bestaan om de knipperlichtfunctie te verbeteren. U hebt, denk ik, gelijk als u zegt dat de zorgverleners in de grote meerderheid van de gevallen de melders zijn. Maar we zien dat onze tachtigers heel lang goed en mondig blijven. Ze zitten ook aan de iPad en de pc. We moeten toch eens bekijken hoe we de drempel voor hen kunnen verlagen. Ik zal dat zelf verder eens bekijken.

De vraag die ik nog had over hoe de procedure zelf heel concreet verloopt na een klachtmelding zal ik schriftelijk stellen.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de voorafgaande vergunningen en programmatie voor woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf – 1600 (2017-2018)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

**De voorzitter:** Mevrouw Coppé heeft het woord.

**Griet Coppé (CD&V):** Het is niet de eerste keer dat hierover vragen worden gesteld.

Op basis van de erkenningskalender voor de woonzorgcentra en de centra voor kortverblijf kunnen er in de periode 2015-2019 9802 bijkomende woongelegenheden worden gerealiseerd. Dit betekent een gemiddelde toename van 1693 woongelegenheden per jaar.

Er werden echter nog voor 8334 woongelegenheden voorafgaande vergunningen afgeleverd. Met een besluit van de Vlaamse Regering van 16 september 2016 werd de geldigheidsduur van de voorafgaande vergunningen voor capaciteitsuitbreiding van rechtswege verlengd tot december 2025. Het besluit van de Vlaamse Regering van 13 november 2015 bepaalt dat initiatiefnemers met een voorafgaande vergunning voor een woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf, deze

vergunning geheel of gedeeltelijk kunnen omzetten naar een voorafgaande vergunning of een erkenning voor een andere ouderenvoorziening in een planningsvergunning, voor een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis, of in een erkenning van een thuiszorgvoorziening, telkens binnen dezelfde zorgregio. Vanuit de sector krijgen wij de vraag wat er in de toekomst met de nog toegekende voorafgaande vergunningen van woonzorgcentra en centra voor kortverblijf zal kunnen gebeuren. Men vraagt zich uiteraard af of die nog gerealiseerd kunnen worden in bijkomende capaciteit of in een andere zorgvorm.

De programmatie van woonzorgcentra is bij besluit van de Vlaamse Regering opgeschort tot december 2020. Dat betekent dat er geen bijkomende woongelegenheden via voorafgaande vergunning kunnen worden toegekend voor nieuwe initiatieven, noch voor de uitbreiding van bestaande woonzorgcentra. Bijkomende voorafgaande vergunningen, voor de verdere invulling van de programmatie, kunnen dus niet meer aangevraagd worden voor 2021. We spreken over een zogenaamde 'programmatiestop'.

Minister, hoeveel woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf werden er ondertussen erkend in de periode 2015-2017? Voor hoeveel woongelegenheden zijn er erkenningskalenders afgeleverd voor de jaren 2018 en 2019?

Welke stappen zult u ondernemen met betrekking tot de voorafgaande vergunningen die reeds afgeleverd werden?

Zijn de huidige programmatienormen voldoende aangepast aan de huidige zorgen ondersteuningsnoden van ouderen? Zo niet, wat kunnen we ondernemen om die te optimaliseren?

Beoogt u nog nieuwe voorafgaande vergunningen af te leveren voor woonzorgcentra en centra voor kortverblijf voor de periode na december 2020?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Mevrouw Coppé, in de periode 2015-2017 werden 6391 woongelegenheden in woonzorgcentra en in centra voor kortverblijf effectief erkend. Het betreft 6042 woongelegenheden in woonzorgcentra en 349 woongelegenheden in centra voor kortverblijf. Uitgesplitst over de betrokken jaren geeft dit 2003 woongelegenheden in woonzorgcentra en 137 woongelegenheden in centra voor kortverblijf in 2015. Voor 2016 en 2017 bedragen de aantallen respectievelijk 2514 woongelegenheden in woonzorgcentra en 116 woongelegenheden in centra voor kortverblijf in 2016, en 1525 woongelegenheden in woonzorgcentra en 96 woongelegenheden in centra voor kortverblijf in 2017. In deze cijfers is rekening gehouden met de goedgekeurde erkenningskalenders voor een ingebruikname in een kwartaal van 2015 tot 2017 waarvoor de effectieve ingebruikname uitgesteld werd naar een later kwartaal in de periode 2015 tot 2017. De wetgeving voorziet immers dat wanneer een goedgekeurde erkenningskalender buiten de wil van de initiatiefnemer om geheel of gedeeltelijk niet kan worden gerealiseerd in het goedgekeurde kwartaal, de initiatiefnemer tot maximaal twee jaar uitstel kan verkrijgen.

Voor 2018 werd voor 2531 woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf een erkenningskalender afgeleverd. Het betreft 2380 woongelegenheden in woonzorgcentra en 151 woongelegenheden in centra voor kortverblijf. Voor 2019 werd voor nog 599 woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf een erkenningskalender afgeleverd. Het betreft respectievelijk 582 woongelegenheden in woonzorgcentra en 17 woongelegenheden in centra voor kortverblijf. Voor 2020 zijn er ten slotte nog 66 woongelegenheden in woonzorgcentra waarvoor een erkenningskalender werd afgeleverd. Het betreft hier een uitgestelde erkenningskalender die initieel werd afgeleverd voor het derde kwartaal 2018.

In de cijfers voor 2018 tot en met 2020 is ook rekening gehouden met de goedgekeurde erkenningskalenders voor een ingebruikname in een kwartaal van 2016 tot 2018 waarvoor de ingebruikname uitgesteld werd naar een later kwartaal in de periode 2018 tot 2020.

U vroeg welke stappen ik zou nemen met betrekking tot de voorafgaande vergunningen die reeds afgeleverd werden. Voor een meer uitgebreid antwoord op deze vraag verwijst ik in eerste instantie naar de informatie die hieromtrent vervat zit in de conceptnota 'Residentiële ouderenzorg: een échte thuis voor kwetsbare personen. Een stevige uitdaging voor de samenleving én zorgaanbieders'. Deze conceptnota omschrijft een geactualiseerde visie op het vlak van de rol en de opdrachten van woonzorgcentra in het continuüm van zorg en ondersteuning aan kwetsbare personen.

De Vlaamse Regering nam op 1 december 2017 akte van deze conceptnota die vervolgens voor advies voorgelegd werd aan de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV), de Strategische Adviesraad voor het Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SARWGG) en de Vlaamse Ouderenraad. De gevraagde adviezen werden ondertussen ontvangen en worden verwerkt in een definitieve versie van deze conceptnota voor agendering op de Vlaamse Regering.

Zoals uiteengezet in deze conceptnota zal de Vlaamse Regering wat de verleende voorafgaande vergunning betreft voor bijkomende woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf waarvoor nog geen erkenningskalender werd verleend, de modaliteiten bepalen op basis waarvan in deze legislatuur de erkenningskalender zoals bepaald in het besluit van de Vlaamse Regering van 24 april 2015, volledig ingevuld kan worden tot en met 2025.

In dit kader zal ook de mogelijkheid uitgewerkt worden voor initiatiefnemers met een dergelijke voorafgaande vergunning om deze geheel of gedeeltelijk om te zetten naar een voorafgaande vergunning of erkenning voor een andere ouderenvoorziening, in een planningsvergunning voor een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis, of in een erkenning van een thuiszorgvoorziening, telkens binnen dezelfde zorgregio of hetzelfde werkgebied. Deze mogelijkheid werd reeds juridisch gecreëerd bij besluit van de Vlaamse Regering van 13 november 2015.

De beoogde reconversie zal uitgevoerd worden aan de hand van een aantal uitgangspunten. De reconversiesleutels bepalen de ruilwaarde van een voorafgaand vergunde woongelegenheden in een woonzorgcentrum en een kortverblijf aan de hand van objectieve criteria. De reconversiebeweging van dergelijke voorafgaande vergunningen wordt uitgevoerd binnen het kader van de erkenningskalender 2015-2025, zoals bepaald door het besluit van de Vlaamse Regering van 24 april 2015. Er wordt in een traject 'erkenning' en een traject 'reconversie' voorzien binnen de beschikbare middelen. Er wordt in deze legislatuur enkel in een reconversie voorzien van de voorafgaande vergunningen voor bijkomende woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf waarvoor nog geen erkenningskalender werd verleend. Er wordt in overleg met de sector bepaald onder welke specifieke voorwaarden de diverse reconversiemogelijkheden kunnen worden gerealiseerd. De toegewezen voorafgaande vergunningen voor bijkomende woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf kunnen ook samengevoegd worden.

Wat de stand van zaken betreft, kan ik u meedelen dat het afgelopen jaar het hiervoor vereiste inhoudelijk en juridisch kader intensief werd voorbereid. Hierbij werden met betrekking tot de reconversie verschillende pistes onderzocht op hun uitvoerbaarheid binnen het huidige en geplande wettelijke kader en de geponeerde beleidsalternatieven. Over deze voorstellen vond ook regelmatig overleg plaats met de residentiële- en thuiszorgsector.

We zijn dit nu aan het verwerken in een ontwerp van besluit dat we in de volgende maanden aan de regering zullen voorleggen. Het is de intentie om in het najaar over een door de Vlaamse Regering goedgekeurd besluit te kunnen beschikken en hierover te kunnen communiceren naar het werkveld. Dit moet de mogelijkheid bieden aan betrokken initiatiefnemers om tegen eind 2018 de nodige aanvragen bij het agentschap in te kunnen sturen, zodat het agentschap die in de loop van de periode januari tot april 2019 kan verwerken en de beslissingen met betrekking tot de ingediende aanvragen aan de initiatiefnemers kan communiceren.

Hierdoor zal er dan ook binnen deze legislatuur een antwoord komen op de terechtte vraag vanuit de sector wat er zal gebeuren met de nog toegekende voorafgaande vergunningen voor bijkomende woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf waarvoor nog geen erkenningskalender werd goedgekeurd.

Zijn de huidige programmatienormen voldoende aangepast? Zoals uitvoerig uiteengezet in de conceptnota 'Residentiële ouderenzorg: een échte thuis voor kwetsbare personen. Een stevige uitdaging voor de samenleving én zorgaanbieders' is de huidige berekening van de programmatie voor de woongelegenheden in woonzorgcentra sterk verouderd. Ze dateert van 1998, met een beperkte aanpassing in 2009. Deze berekening baseert zich immers enkel en alleen op demografische gegevens en houdt geen rekening met economische, maatschappelijke evoluties en gaat uit van een gelijkblijvend beleid.

Ik denk hier in het bijzonder aan de ontwikkelingen op het vlak van technologie en de medische wetenschap die ertoe bijdragen dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, ook bij toenemende afhankelijkheid. Er zijn groeiende mogelijkheden op het vlak van aanpassing van de woning, de uitbreiding van het thuiszorgaanbod en thuiszorgondersteunende aanbod zoals oppashulp, dagopvang, dagverzorging en kortverblijf en de expliciete vraag van de burger om zich zo lang mogelijk thuis te blijven handhaven in de vertrouwde omgeving. Er is ook het beleidsmatige uitgangspunt van de vermaatschappelijking van de zorg en ondersteuning. Ten slotte en niet het minst zal ook in de toekomst de persoonsvolgende financiering in de ouderenzorg de oudere persoon en zijn mantelzorgers in staat stellen om, nog meer dan vandaag, de regie van de zorg en ondersteuning in eigen handen te nemen en zijn keuzes hierbij vraaggestuurd te oriënteren in plaats van aanbodgestuurd.

De handhaving van de huidige programmatiecijfers, enkel en alleen op demografische gegevens, zou gezien de vele ontwikkelingen getuigen van een zeer kortzichtige en gedateerde wijze van beleidsvoering. Dit zou immers betekenen dat men eenzijdig zou inzetten op één parameter, zijnde de toenemende leeftijd van de bevolking. Voor de woonzorgcentra zou zich dit vertalen in een belangrijke toename van het aantal woongelegenheden, bovenop het reeds vergunde aantal. De vraag is of dit zonder meer wenselijk is.

De verblijfsduur van de bewoners van een woonzorgcentrum is ook aan het dalen. We krijgen signalen dat er in bepaalde regio's in Vlaanderen geen wachtlijsten zijn voor woonzorgcentra. Vandaar dat het belangrijk is dat initiatiefnemers die beschikken over voorafgaande vergunningen voor woongelegenheden woonzorgcentra, in de mogelijkheid worden gesteld om die om te zetten in andere woonzorgvormen, zoals dagverzorgingscentra of voor een betere financiering van de zorg, bijvoorbeeld reconversie naar een rvt-financiering.

De vraag naar zorg en ondersteuning van ouderen evolueert dus in de tijd aan de hand van diverse parameters en vergt uitdrukkelijk een dynamisch meersporenbeleid. Er zijn dan ook overtuigende redenen om de huidige programmatiecijfers te evalueren, te actualiseren en bij te sturen.



In het kader van de Vlaamse sociale bescherming wordt op dit ogenblik dan ook een instrumentarium ontwikkeld om de behoeften aan zorg en ondersteuning bij de Vlaamse bevolking in kaart te brengen en te monitoren. Ik verwijs in dit verband ook naar het lopende onderzoek van het Steunpunt WVG 'Prognoses zorgnood en model van budgetbewaking'. De huidig van kracht zijnde programmatienormen van het woonzorgcentrum zullen op basis van de resultaten van deze studie bijgesteld worden. Mogelijks zal men hierbij ook rekening houden met het gegeven dat ook een doelgroepspecifieke werking binnen een woonzorgcentrum kan worden opgezet.

Dit prognose- en monitoringmodel beoogt voor de sector van de ouderenzorg de noodzakelijke prognoses te maken op basis van demografische evoluties en – waar mogelijk – toekomstige evolutie van zorgzwaarte en sociaal-maatschappelijke en wetenschappelijke evolutie. Als dit model operationeel zal zijn, zal de overheid in de mogelijkheid zijn om simulaties uit te voeren met verschillende waarden voor de relevante parameters. Bijzondere aandacht dient hierbij te gaan naar de kuststreek waar in een toenemende mate oudere personen, al dan niet gedomicilieerd, verblijven.

Belangrijk element hierbij is het gegeven dat in uitvoering van het decreet Vlaamse Sociale Bescherming de Vlaamse Regering bij de start van een legislatuur, op basis van een analyse van de evolutie van de zorgnoden en rekening houdend met de budgettaire marges, een meerjarenraming moet opstellen met betrekking tot de onderdelen van de Vlaamse sociale bescherming waarvoor het beschikbaar aanbod geprogrammeerd is. Deze meerjarenraming wordt besproken in het Overlegcomité Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Zoals u aangeeft, is het verlenen van voorafgaande vergunningen voor bijkomende woongelegenheden in woonzorgcentra en centra voor kortverblijf opgeschort tot en met 31 december 2020. Het moge duidelijk zijn dat we de volgende jaren, binnen de budgettaire mogelijkheden, alle prioriteit zullen geven aan de realisatie van de reeds verleende voorafgaande vergunningen via omzetting in erkenning of reconversie.

Of er na 31 december 2020 opnieuw voorafgaande vergunningen met bijhorende erkenningskalenders zullen worden afgeleverd, is een beslissing die zal moeten worden genomen door de volgende Vlaamse Regering. Ik ga ervan uit dat zodra het vermelde prognose- en monitoringmodel op punt staat, de programmatiecijfers geactualiseerd kunnen worden en aanleiding kunnen geven tot het opnieuw verlenen van voorafgaande vergunningen. Hierbij zal steeds rekening moeten worden gehouden met het hiervoor op dat ogenblik geldende juridische en budgettaire kader.

**De voorzitter:** Mevrouw Coppé heeft het woord.

**Griet Coppé (CD&V):** Bedankt, minister. Ik besef natuurlijk dat dit een heel technische vraag is. Het belangrijkste dat ik eruit onthoud, is dat als er reconversie kan gebeuren, we niet enkel rekening houden met de demografische cijfers, omdat dat uiteindelijk te kortzichtig zou zijn. Aan de kust zijn er heel veel ouderen, maar in bepaalde regio's, bijvoorbeeld de Westhoek, zijn er geen wachtlijsten meer. In mijn eigen centrumstad slinken de wachtlijsten heel snel. Het is dus zeker noodzakelijk dat er gekeken wordt hoe de extra middelen die zouden kunnen worden ingezet, op de best mogelijke manier worden ingezet om de nodige hulp te kunnen geven. Daarom worden er mogelijkheden onderzocht om de reconversie toe te passen. Over de ruilwaarde die daarbij kan worden bepaald, zegt u dat er nog verder studiewerk is. Maar, trouw aan de conceptnota over residentiële zorg, zijn er verdere gesprekken gaande met de sector, om een zo goed mogelijk antwoord te kunnen bieden op de vragen die leven.

**De voorzitter:** De heer Bertels heeft het woord.

**Jan Bertels (sp.a):** Minister, het is een technische vraag, maar geen onbelangrijke, want dit is van belang voor de programmatie en hoe we de zorg in de toekomst willen invullen.

U zegt dat de huidige programmatieregels dateren van 1998 en deels zijn aangepast in 2009, en dat er een evaluatie moet komen. Voor mijn part moet er zelfs een aanpassing komen. De evaluatie is duidelijk. Puur op basis van demografische gegevens programmatiecijfers extrapoleren, dat geeft cijfers die gaan tot 60 procent meer woon- en zorgbedden in bepaalde regio's, afhankelijk van de demografie van verschillende gemeenten. Dat is te kort door de bocht, denk ik. Het is absoluut nodig dat daar aanpassingen gebeuren. Het is ook nodig dat daarbij verschillende parameters betrokken worden. We moeten vertrekken van een goede raming van behoeften aan zorg in zijn verschillende aspecten. Daar moeten we onze programmatieregels, als die nog moeten blijven bestaan, op afstemmen.

Het klopt dat er in sommige regio's geen wachtlijsten meer zijn voor woonzorgcentra. Hebt u daar een globaal overzicht van? Kunt u die wachtlijsten ook opsplitsen naar de verschillende zorgbehoevende ouderen? Het is natuurlijk een verschil om geen wachtlijst meer te hebben voor O-A-patiënten, maar bijvoorbeeld wel voor dementerenden. Hebt u daar een opsplitsing van? Ik ken dat voor mijn regio, maar niet voor Vlaanderen. Maar u hebt dat blijkbaar wel, als u ernaar verwijst.

Dat we reconversies moeten toelaten van voorafgaande vergunningen zonder erkenningskalender, is een goede zaak. U zegt dat er veel overleg is geweest met de sector en dat u het juridische kader aan het uitwerken bent tegen het najaar. Hebt u er in die besprekingen met de sector een zicht op waar die reconversies naartoe gaan? Ik heb u horen spreken over reconversie naar rvt-financiering. Is dat de voornaamste vraag van de sector? Ik neem aan dat ze dat zeker vragen. Gaat de reconversie dan meer naar daar dan bijvoorbeeld naar andere thuiszorgvoorzieningen? Kunt u al een zicht geven op wat de sector van plan is, buiten het juridische kader, waar we nog even op moeten wachten?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** We hebben geen globaal overzicht. We weten wel dat we daar op het terrein een aantal signalen over krijgen. Het is ook niet zo gemakkelijk om dat te maken, omdat we bijvoorbeeld weten dat mensen zich vaak bij verschillende woonzorgcentra inschrijven. Het is dus niet zo gemakkelijk om dat op unieke identificatie te doen. Wat ook speelt, is dat wij vermoeden dat er in woonzorgcentra met een bijzonder goede reputatie wel meer mensen kandidaat zijn dan in andere woonzorgcentra. Het is dus niet zo gemakkelijk om daar een overzicht van te maken.

Mijn aanvoelen is wel – en dat is toch voldoende besproken met de sector – dat het gewoon blind omzetten van de beschikbare portefeuille van voorafgaande vergunningen in klassieke residentiële ouderenzorg, geen goed idee is. In die zin is die reconversie wel belangrijk. In de conceptnota daarover staat ook wel in welke richting er kan worden gedacht. Wij denken aan rvt, zorgzwaarte, maar ook aan dagverzorgingscentra en andere vormen van dienstencentra. Er staan er een aantal opgesomd in de nota. Uiteraard is het ook een kwestie om met de sector voldoende draagvlak te vinden voor bepaalde opties, maar ze zijn wel benoemd in de nota die op de ministerraad is besproken en waarvan de adviezen nu binnen zijn.

**De voorzitter:** Mevrouw Coppé heeft het woord.

**Griet Coppé (CD&V):** Ik dank de minister. Dit zal in het najaar zeker nog verder de agenda van de commissie Welzijn bepalen, op het moment dat het juridische kader gekend is, om dan over te gaan tot de reconversiekalender.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.